

Pilotprojekt zur
Verlaufsstudie der teilstationären Depressionsbehandlung-
Versuch einer Typisierung von Depressionsverläufen

Abhandlung
zur Erlangung der Doktorwürde
der
Philosophischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von
Martina Trafoier
von Italien

Angenommen im Wintersemester 2011 auf Antrag von
Herrn Prof. Dr. med. Erich Seifritz und
Herrn Prof. Dr. med. Heinz Böker

Druckerei der Zentralstelle
der Studentenschaft der Universität Zürich

Zürich, November 2011

FÜR LUKAS

OHNE DESSEN ZUTRAUEN UND ZUVERSICHT
DIESE DISSERTATION
NIE
MÖGLICH GEWESEN WÄRE

ABSTRACT

Ziel dieser Arbeit war es, mittels empirischer Methodik teilstationäre Behandlungsverläufe von Depressionserkrankungen unter Berücksichtigung der psychodynamischen Dimension im Rahmen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2) auf Ansätze für eine mögliche Typisierung zu untersuchen und im Rahmen eines Pilotprojektes praxisnahe Hypothesen für eine weiterführende Studie zu generieren.

Diese Arbeit zeigt als neuen Ansatz die Typisierung von Depression aus der Perspektive des Behandlungsverlaufes, welcher bei inferenzstatistischer Überprüfung in der weiteren Verlaufsstudie Erkenntnisgewinne für die therapeutische Arbeit und eine Spezifizierung der psychotherapeutischen Techniken verspricht. Es konnte gezeigt werden, dass eine Typisierung möglich ist. Dabei wurden drei Subtypen des Behandlungsverlaufes gefunden: Patienten mit positivem Behandlungsverlauf, Patienten mit geringem Behandlungserfolg, welche am Beginn der Behandlung eine niedrige Belastung durch Symptome aufwiesen, sowie Patienten mit der Depression zugrundeliegenden emotional-instabilen Persönlichkeitszügen.

Durch das qualitative Vorgehen konnten neue Perspektiven eröffnet werden: Beobachtungen zu den Auswirkungen von Schmerzen in Kombination mit introvertierten bzw. extrovertierten Verhaltensweisen, der Dynamik des Therapieabbruchs, der Handhabung der Persönlichkeitsstörungsdiagnosen und der Bedeutung eines teilstationären, interdisziplinären Settings für die Differentialdiagnostik wurden aufgezeigt. Die Grenzen dieser Arbeit liegen in der Stichprobengröße.

The aim of this study was to investigate by means of empirical methodology in some inpatients the course and outcome of depressive disorders, taking into account the psychodynamic dimension in framing in the Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD-2) in an attempt at typification and also as a pilot study to generate practical hypotheses for further investigation.

This work presents a new approach to the typing of depression from the perspective of the treatment process, and should provide, through inferential examination in the further course of study, greater understanding of therapeutic work and specification of psychotherapeutic techniques. It could be shown that a typification is possible. Three subtypes of the treatment process were found: patients with a positive course of treatment, patients with low treatment success, which at the start of treatment had a low burden of symptoms of depression and patients with emotional unstable personality traits at the root of their depression.

Due to the qualitative approach, new perspectives may be opened up: observations on the effects of pain in combination with introvert or extrovert behaviors, the dynamics of the therapeutic abortion, the use of personality disorder diagnoses and the importance of a day-care, interdisciplinary setting for the differential diagnosis were identified. The limitation of this work is the sample size.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	8
2	Behandlungskonzept der Tagesklinik für Affektkranke	10
3	Überblick über klinische Grundlagen und wissenschaftliche Verankerung	10
3.1	<i>Standards der Depressionsbehandlung</i>	11
3.2	<i>Qualitätssicherung, Evaluation und Erforschung von psychotherapeutischen Angeboten mittels OPD</i>	13
3.3	<i>Die Bedeutung qualitativer Einzelfallstudien</i>	14
4	Ziel dieses Pilotprojektes	15
5	Hypothesen	15
6	Studienablauf	16
7	Verwendete Untersuchungsinstrumente	16
7.1	OPD- Operationalisierte psychodynamische Diagnostik 2	16
7.2	HSCS - Heidelberger Umstrukturierungsskala	17
7.3	HAMD- Hamilton Depression Skala	17
7.4	HAMA - Hamilton Angst Skala	18
7.5	BDI - Beck Depression Inventar	18
7.6	SCL-90-R - Die Symptom-Checkliste von Derogatis- Deutsche Version	18
7.7	IIP - Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme - Deutsche Version	18
7.8	IPO - Inventory of Personality Organization	19
7.9	HAQ- Helping Alliance Questionnaire	20
8	Ergebnisse	20
8.1	<i>Auswertung der Einzelfallbefunde</i>	20
8.1.1	Patientin A	21
8.1.1.1	Fallvignette	21
8.1.1.2	Ergebnisse des OPD-Rating	21
8.1.1.2.1	Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzung	21
8.1.1.2.2	Beziehungsachse	22
8.1.1.2.3	Konfliktachse	23
8.1.1.2.4	Strukturachse	24
8.1.1.2.5	HSCS-Foki	25
8.1.1.3	Fallbezogene Einordnung des OPD-Befundes	26
8.1.1.4	Ergebnisse der Testungen Patientin A	26
8.1.1.4.1	IIP	26
8.1.1.4.2	HAQ	27
8.1.1.4.3	IPO	29
8.1.1.4.4	BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R	29
8.1.1.5	Fallbezogene Einordnung der Testbefunde	29
8.1.2	Patientin B	30
8.1.2.1	Fallvignette	30
8.1.2.2	Ergebnisse des OPD-Ratings	30
8.1.2.2.1	Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzung	30
8.1.2.2.2	Beziehungsachse	31
8.1.2.2.3	Konfliktachse	31
8.1.2.2.4	Strukturachse	32
8.1.2.2.5	HSCS-Foki	33
8.1.2.3	Fallbezogene Einordnung des OPD-Befundes	34
8.1.2.4	Ergebnisse der Testung Patientin B	34
8.1.2.4.1	IIP	34
8.1.2.4.2	HAQ	35
8.1.2.4.3	IPO	38
8.1.2.4.4	BDI, HAMA HAMD, SCL-90-R	38

8.1.2.5	Fallbezogene Einordnung der Testbefunde.....	38
8.1.3	Patientin C.....	39
8.1.3.1	Fallvignette.....	39
8.1.3.2	Ergebnisse des OPD-Ratings.....	39
8.1.3.2.1	Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzung.....	39
8.1.3.2.2	Beziehungsachse.....	39
8.1.3.2.3	Konfliktachse.....	40
8.1.3.2.4	Strukturachse.....	41
8.1.3.2.5	HSCS-Foki.....	42
8.1.3.3	Fallbezogene Einordnung des OPD-Befundes.....	43
8.1.3.4	Ergebnisse der Testung Patientin C.....	43
8.1.3.4.1	IIP.....	43
8.1.3.4.2	HAQ.....	44
8.1.3.4.3	IPO.....	46
8.1.3.4.4	BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R.....	46
8.1.3.5	Fallbezogene Einordnung der Testbefunde.....	46
8.1.4	Patient D.....	47
8.1.4.1	Fallvignette.....	47
8.1.4.2	Ergebnisse des OPD-Ratings.....	47
8.1.4.2.1	Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzung.....	47
8.1.4.2.2	Beziehungsachse.....	48
8.1.4.2.3	Konfliktachse.....	48
8.1.4.2.4	Strukturachse.....	49
8.1.4.2.5	HSCS-Foki.....	50
8.1.4.3	Fallbezogene Einordnung der OPD-Befunde.....	51
8.1.4.4	Ergebnisse der Testung Patient D.....	52
8.1.4.4.1	IIP.....	52
8.1.4.4.2	HAQ.....	52
8.1.4.4.3	IPO.....	54
8.1.4.4.4	BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R.....	54
8.1.4.5	Fallbezogene Einordnung der Testbefunde.....	55
8.1.5	Patient E.....	55
8.1.5.1	Fallvignette.....	55
8.1.5.2	Ergebnisse des OPD-Ratings.....	56
8.1.5.2.1	Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzungen.....	56
8.1.5.2.2	Beziehungsachse.....	56
8.1.5.2.3	Konfliktachse.....	57
8.1.5.2.4	Strukturachse.....	57
8.1.5.2.5	HSCS-Foki.....	58
8.1.5.3	Fallbezogene Einordnung des OPD-Befundes.....	59
8.1.5.4	Ergebnisse der Testung Patient E.....	60
8.1.5.4.1	IIP.....	60
8.1.5.4.2	HAQ.....	61
8.1.5.4.3	IPO.....	63
8.1.5.4.4	BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R.....	63
8.1.5.5	Fallbezogene Einordnung der Testergebnisse.....	63
8.1.6	Patientin F.....	63
8.1.6.1	Fallvignette.....	63
8.1.6.2	Ergebnisse des OPD-Ratings.....	64
8.1.6.2.1	Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzung.....	64
8.1.6.2.2	Beziehungsachse.....	64
8.1.6.2.3	Konfliktachse.....	65
8.1.6.2.4	Strukturachse.....	66
8.1.6.2.5	HSCS-Foki.....	66
8.1.6.3	Fallbezogene Einordnung der OPD-Befunde.....	68
8.1.6.4	Ergebnisse der Testung Patientin F.....	68
8.1.6.4.1	IIP.....	68
8.1.6.4.2	HAQ.....	69
8.1.6.4.3	IPO.....	70

8.1.6.4.4	BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R	71
8.1.6.5	Fallbezogene Einordnung der Testbefunde	71
8.1.7	Patientin G	71
8.1.7.1	Fallvignette	71
8.1.7.2	Ergebnisse des OPD-Ratings	72
8.1.7.2.1	Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen	72
8.1.7.2.2	Beziehungsachse	72
8.1.7.2.3	Konfliktachse	73
8.1.7.2.4	Strukturachse	74
8.1.7.2.5	HSCS-Foki	74
8.1.7.3	Fallbezogene Einordnung der OPD-Befunde	76
8.1.7.4	Ergebnisse der Testung Patientin G	76
8.1.7.4.1	IIP	76
8.1.7.4.2	HAQ	77
8.1.7.4.3	IPO	79
8.1.7.4.4	BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R	79
8.1.7.5	Fallbezogene Einordnung der Testbefunde	79
8.1.8	Patient H	80
8.1.8.1	Fallvignette	80
8.1.8.2	Ergebnisse des OPD-Ratings	81
8.1.8.2.1	Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzung	81
8.1.8.2.2	Beziehungsachse	81
8.1.8.2.3	Konfliktachse	82
8.1.8.2.4	Strukturachse	82
8.1.8.2.5	HSCS-Foki	83
8.1.8.3	Fallbezogene Einordnung der OPD-Befunde	84
8.1.8.4	Ergebnisse der Testung Patient H	84
8.1.8.4.1	IIP	84
8.1.8.4.2	HAQ	85
8.1.8.4.3	IPO	87
8.1.8.4.4	BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R	87
8.1.8.5	Fallbezogene Einordnung der Testbefunde	87
8.1.9	Patient I	88
8.1.9.1	Fallvignette	88
8.1.9.2	Ergebnisse des OPD-Ratings	88
8.1.9.2.1	Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzung	88
8.1.9.2.2	Beziehungsachse	89
8.1.9.2.3	Konfliktachse	90
8.1.9.2.4	Strukturachse	90
8.1.9.2.5	HSCS-Foki	91
8.1.9.3	Fallbezogene Einordnung der OPD-Befunde	92
8.1.9.4	Ergebnisse der Testung Patient I	92
8.1.9.4.1	IIP	92
8.1.9.4.2	HAQ	93
8.1.9.4.3	IPO	95
8.1.9.4.4	BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R	95
8.1.9.5	Fallbezogene Einordnung der Testbefunde	95
8.1.10	Patientin J	96
8.1.10.1	Fallvignette	96
8.1.10.2	Ergebnisse des OPD-Ratings	96
8.1.10.2.1	Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzung	96
8.1.10.2.2	Beziehungsachse	97
8.1.10.2.3	Konfliktachse	97
8.1.10.2.4	Strukturachse	98
8.1.10.2.5	HSCS-Foki	98
8.1.10.3	Fallbezogene Einordnung der OPD-Befunde	100
8.1.10.4	Ergebnisse der Testung Patientin J	100
8.1.10.4.1	IIP	100
8.1.10.4.2	HAQ	101

8.1.10.4.3	IPO.....	102
8.1.10.4.4	BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R.....	102
8.1.10.5	Fallbezogene Einordnung der Testbefunde	103
9	Einordnung der Einzelfallbefunde und Überprüfung der Hypothesen	103
9.1	<i>Einordnung der Einzelfallbefunde: Vergleich und Zusammenfassung</i>	<i>103</i>
9.1.1	Aufenthaltsdauer und Outcome.....	103
9.1.2	OPD-Befunde: Konflikt- und Strukturachse.....	103
9.1.3	HSCS.....	104
9.1.4	IIP.....	104
9.1.5	HAQ.....	104
9.1.6	IPO	105
9.1.7	BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R.....	105
9.2	<i>Überprüfung der Hypothesen</i>	<i>106</i>
10	Beobachtungen und Erfahrungen	107
10.1	<i>Durchführbarkeit OPD und HSCS als Qualitätssicherungsinstrumente.....</i>	<i>107</i>
10.2	<i>Der Fall D – Abbruch der therapeutischen Behandlung.....</i>	<i>108</i>
10.3	<i>Schmerzpatienten- die Fälle B und C.....</i>	<i>108</i>
10.4	<i>Die Fälle A und G- Die Rolle der Tagesklinik im Bereich Differentialdiagnostik</i>	<i>109</i>
10.5	<i>Der Fall H- ein Ekel oder ein Fall von Persönlichkeitsstörung?</i>	<i>109</i>
11	Zusammenfassung und Ausblick	110
12	Literatur	112
Anhang 1:	Testlegende.....	118

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit ist im Rahmen des Pilotprojektes zur Verlaufsstudie zur teilstationären Depressionsbehandlung entstanden. Ziel ist es, zum einen die Behandlungsverläufe von Depressionsbehandlungen in der Tagesklinik für Affektkranke der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich zu erfassen. Zum anderen durch qualitative Einzelfallauswertungen Aufschluss über die einzelnen Behandlungsverläufe und im Besonderen über die Variablen zu erhalten, die sich während des Behandlungsverlaufes ändern. Aus diesen Ergebnissen wird Aufschluss über eine mögliche Typisierung von Behandlungsverläufen und somit Ansatzpunkte für einen störungsspezifischen Therapieansatz für Störungen des depressiven Syndroms erwartet.

Depression ist eine der häufigsten Erkrankungen der Gegenwart. Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) fordern Depressionen von allen medizinischen Erkrankungen weltweit am zweithäufigsten krankheitsbedingte Arbeitsausfälle (vgl. Böker et al., 2009). Die Lebenszeitprävalenz liegt bei 16-20% (vgl. dazu Bijl et al., Ebmeier et al.). Das Rückfallrisiko in Jahresintervallen liegt nach dem ersten Jahr bei 30-40 % (vgl. Keller, 1999), nach zwei Jahren bei einer Wahrscheinlichkeit von 40-50% (Keller, 1999. de Jong-Meyer et al., 2007).

Die Gefahr der Chronifizierung von therapieresistenten Depressionen liegt bei 15-30% (Böker et al., 2009).

Das Symptombild des depressiven Syndroms ist eindrücklich und in seiner brutalen Auswirkung für den Betroffenen und seine Angehörigen unterschätzt. Es äussert sich (vgl. dazu ICD-10, F32; Haug und Ahrens, 2002) durch gedrückte Stimmung, Verlust von Interesse und Freude, verminderten Antrieb, eingeschränkte Vitalgefühle. Die verminderte Energie führt zu erhöhter Ermüdbarkeit und Einschränkungen der Aktivität. Dies hat wiederum Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit der Betroffenen und schädigt Selbstwert und Selbstwirksamkeit. Betroffene fühlen sich schuldig und erleben tief verwurzelte Insuffizienzgefühle. Dies führt zu negativen Zukunftsperspektiven, die auch durch äussere Anreize kaum veränderbar sind. Die Folge sind häufig Suizidgedanken, Selbstverletzungen und Suizidhandlungen.

Die Antriebsstörung geht mit psychomotorischer Hemmung einher. Mimik, Gestik, verbale Ausdrucksfähigkeit, wesentlich für die Beziehungsgestaltung, sind eingeschränkt.

Somatische Schädigungen können neben Störungen des Appetits und des Schlafes die Folge sein. Schlafstörungen sind dabei besonders quälend. Der Schlaf ist in Frequenz und Qualität vermindert und weist häufig keinen Erholungseffekt auf. Auch dann nicht wenn aufgrund der erhöhten Müdigkeit eine gesteigerte Schlaffrequenz folgt.

Das depressive Syndrom wird durch episodische, rezidivierende oder chronische Verlaufsformen in leichtem, mittelgradigem oder schwerem Ausprägungsgrad gekennzeichnet. Verschiedene Störungen sind definiert:

- die depressive Episode, die reaktiv oder im Rahmen einer Anpassungsstörung auftritt;
- die rezidivierende depressive Störung, die durch wiederholt auftretende depressive Episoden gekennzeichnet ist. Besonders quälend ist bei dieser Form der depressiven Störung, dass die einzelnen Episoden auch ohne erkennbare Auslöser auftreten können.
- sowie die Dysthymie, die durch einen chronischen Verlauf geprägt ist und durch eine mittelgradig bis leichte depressive Gemüthsstimmung gekennzeichnet ist. Der Beginn dieser Störung liegt in der Kindheit.

Eine weitere Verlaufsform ist der phasische Verlauf im Wechsel von Symptomen des depressiven und manischen Syndroms. Beschrieben sind gemischte affektive Episoden, bipolaren affektive Störungen und Zyklothymie. Gekennzeichnet werden diese Verlaufsformen durch den quälenden Wechsel der Symptomatik und die dabei einhergehenden Gefühle des Ausgeliefert-Seins und der Selbstwertschädigung.

Das Erleben der verschiedenen Störungen unterscheidet sich kaum. Im Zentrum steht die Antriebslosigkeit mit dem damit einhergehenden Verlust von Vitalität, sowie die Schädigungen des Selbstwertes und der Selbstwirksamkeit und der daraus resultierende Rückzug aus aktiven Bereichen der Lebensgestaltung.

Entstehung und Ursache der depressiven Störung ist multifaktoriell bedingt (Böker, 2009). Nach Mentzos (1995, Böker 2002, 2005) ist von einem Zusammentreffen von biologischer und psychosozialer Vulnerabilität auszugehen.

Grundlage der Therapie (vgl. Haug, 2002) ist eine Kombination aus medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung, je nach Schweregrad in ambulantem, stationärem oder seit einiger Zeit auch teilstationärem Setting.

Für die medikamentöse antidepressive Behandlung stehen Medikamente auf der Basis von tri- und tetrazyklischen Substanzen, MAO-Hemmer, selektive Wiederaufnahmehemmer für das serotonerge System (SSRI), für das noradrenerge System (NaRI), und eine Kombination beider Systeme (SNRI, NaSSA), sowie "atypische" und pflanzliche Substanzen zur Verfügung. Weitere biologische Behandlungsansätze wie therapeutische Schlafentzüge, Elektrokrampftherapie und Lichttherapie unterstützen die medikamentöse Behandlung.

Die Psychotherapie kann durch eine psychoanalytisch-psychotherapeutische, kognitiv-verhaltenstherapeutische oder interpersonell-psychotherapeutischen Ansatz gestaltet werden. Zentral hierbei ist jedoch eine mitfühlend-verstehende, emotionale therapeutische Grundhaltung.

Ziele der Behandlung einer depressiven Erkrankung sind:

„die Symptome der depressiven Störung zu vermindern und letztlich eine vollständige Remission zu erreichen;

die Mortalität, insbesondere durch Suizid zu verringern;

die berufliche und psychosoziale Leistungsfähigkeit wiederherzustellen;

das seelische Gleichgewicht wieder zu erreichen sowie

die Wahrscheinlichkeit für einen direkten Rückfall oder eine spätere Wiedererkrankung zu reduzieren“ (S3-Leitlinie, S. 74).

Nach Zimmermann et al. (2006; vgl. S3-Leitlinien, S. 148-150) erwarten Patienten über die Remission depressiver Symptome hinaus einen Gewinn an allgemeiner bejahender Lebenseinstellung (z.B. Optimismus, Vitalität, Selbstbewusstsein, Lebenswillen), Rückkehr zum herkömmlichen psychosozialen Funktionsniveau, verbesserte Bewältigung von Alltagsbelastungen oder auch eine verbesserte Beziehungsqualität zu engen Bezugspersonen.

Für die Behandlung stehen in Einrichtungen psychosozialer Grundversorgung verschiedene Settings zur Verfügung

Das ambulante Behandlungssetting empfiehlt sich für leichte bis mittelgradige depressive Erkrankungen, oder als Anschlussbehandlung nach einer stabilisierenden stationären oder teilstationären Behandlung.

Das stationäre Behandlungssetting ist das Mittel der Wahl bei schweren oder krisenhaften Krankheitsverläufen, da es eine stabilisierende "Schutzraumfunktion" bietet, die es möglich macht, den Betroffenen innerhalb eines kurzen Zeitraumes aus belastenden Situationen zu lösen und zu stabilisieren.

Der Austritt von Patienten aus dem stationären Setting stellt häufig jedoch eine Schwierigkeit da, da Patienten sich den Anforderungen des Alltags neuerlich stellen müssen. Mögliche erschwerende Auswirkungen des stationären Settings stellen Hospitalismus und Regression und damit anhaltender Verlust von Alltagsfähigkeit der Patienten dar.

Eine mögliche Alternative ist die teilstationäre Behandlungsform in einer Tagesklinik. Die Behandlung im teilstationären Setting ist für Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Symptomatik nach einer nicht mehr genügend stabilisierenden ambulanten Behandlung oder als Anschluss an eine stationäre Behandlung geeignet.

Depression wird in ihren Auswirkungen für unsere Gesellschaft unterschätzt. Das Krankheitsbild imponiert durch seine Schwere und die daraus folgenden Belastungen für die Betroffenen. Behandlungsmöglichkeiten im Besonderen aus dem Bereich Psychotherapie gibt es und sind in ihrer Wirksamkeit erforscht. Jedoch gibt es einen Bedarf an spezialisierten Psychotherapieangeboten für die unterschiedlichen Störungsformen des depressiven Syndroms. Eine Ausnahme ist hier der störungsorientierte Therapieansatz des "Cognitive Behavioral Analysis System for Psychotherapy (CBASP)" (vgl. McCullough 2000, 2003) für Patienten mit schweren chronischen depressiven Episoden und frühen Kindheitstraumata (vgl. dazu Schramm, 2010). Angemerkt sei, dass dieser Therapieansatz aus der Kombination von verhaltenstherapeutischen, psychoanalytischen und interaktionellen Techniken entstand.

Wollen wir eine nachhaltige Behandlung der depressiven Störungen und eine längerfristige Reduktion der Anzahl der Betroffenen erreichen, so ist die Entwicklung störungsorientierter Therapieansätze unerlässlich.

2 Behandlungskonzept der Tagesklinik für Affektkranke

Die Tagesklinik für Affektkranke ist eine teilstationäre Einrichtung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (vgl. Böker et al., 2009). Sie besteht seit 2006 und war bei ihrer Gründung die erste spezialisierte Behandlungseinrichtung dieser Art für affektive Störungen in Europa. Sie umfasst aktuell 16 Behandlungsplätze für Patienten mit affektiven Störungen.

Die Behandlung in der Tagesklinik wird durch zwei therapeutische Schwerpunkte geprägt. Ein Schwerpunkt liegt auf dem therapieschulenübergreifenden, psychotherapeutischen Ansatz, mit zwei Einzelpsychotherapiegesprächen pro Woche und drei wöchentlichen Gruppenpsychotherapiesitzungen. Die Psychotherapien sind psychoanalytisch-psychotherapeutisch oder verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Die Gruppentherapien bestehen aus einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Psychoedukationsgruppe sowie einer interaktionell-ausgerichteten Gruppe, die zwei Mal pro Woche stattfindet.

Der zweite therapeutische Schwerpunkt besteht in der interdisziplinären Verankerung der darüberhinaus angebotenen Therapien: Ergo- und Mileutherapie, Bewegungs- und Musiktherapie sowie sozialhelferische Unterstützung. Diese werden in der Teamarbeit als der Psychotherapie ebenbürtig gewichtet.

Die Patienten nehmen täglich an mindestens zwei Gruppenangeboten teil. Interaktionen in den Gruppen und die daraus resultierende Konflikte bilden einen weiteren Schwerpunkt der Behandlung. Die Zusammensetzung der Gruppe wird durch die Belegungsfrequenz der 16 Therapieplätze bestimmt. Die Aufenthaltsdauer wird an die individuelle Symptombelastung und soziale Situation angepasst. Für den Zeitraum von der Eröffnung der Tagesklinik für Affektkranke im November 2006 bis Ende Juli 2008 wurde eine erste Evaluation durchgeführt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 107,61 Tage bei einer maximalen Aufenthaltsdauer von 320 Tagen (Böker et al, 2009, S. 103). Die Patienten treten nach einer Abklärungsphase, die aus Vorgespräch und möglichen Schnuppertag besteht, in die Tagesklinik ein und nehmen an einem Wochenprogramm teil, das aus fixen Gruppenbestandteilen und variablen fallspezifischen Angeboten besteht.

Das Wochenprogramm wird bei Eintritt mit den Patienten vereinbart und kann in der Austrittsphase modifiziert werden.

Ziel der Behandlung in der Tagesklinik ist neben der Remission der Symptome, die Wiederaufnahme der beruflichen und familiären Tätigkeiten. Dies soll durch die Verbindung von individualzentrierter Psychotherapie und Förderung der sozialen Interaktion in den verschiedenen Gruppentherapien ermöglicht werden.

3 Überblick über klinische Grundlagen und wissenschaftliche Verankerung

Das folgende Kapitel gibt eine Übersicht über die, dem Pilotprojekt zugrunde liegende, klinische Grundlagen und wissenschaftliche Verankerung.

Zunächst erfolgt ein Überblick über die aktuellen Standards der Depressionsbehandlung, welche die Grundlage einer Behandlung in der Tagesklinik darstellen und somit für diese Arbeit relevant sind.

Dann wird die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, eines der zentralen Untersuchungsinstrumente dieses Pilotprojektes, in ihrer Anwendung als Erhebungsinstrument zur

Qualitätssicherung, Evaluation und Erforschung von psychotherapeutischen Behandlungen vorgestellt.

Schliesslich wird die Bedeutung qualitativer Einzelfallforschung, welche die wissenschaftliche Basis dieser Arbeit bildet, behandelt.

3.1 Standards der Depressionsbehandlung

In diesem Abschnitt wird ein kurzer Überblick über die Standards der psychotherapeutischen Depressionsbehandlung gegeben. Dabei fällt auf, dass die aktuellen Behandlungsansätze im Bereich der Psychotherapie allgemeiner Natur sind und wenig über spezifische Psychotherapieinterventionen bei unterschiedlichen Depressionstypen bekannt ist.

In der S3- Leitlinie der Nationalen deutschen Versorgungsleitlinie, die vom DGPPN 2009 herausgegeben wurde und laufend aktualisiert wird, wurden die Standards für die Behandlung von unipolaren Depressionen festgelegt. Darin wird festgehalten, dass Psychotherapie ein wirksames Mittel zur Behandlung von Depressionen darstellt. Das Mittel der Wahl ist Psychotherapie bei akut leichten bis mittelschweren depressiven Episoden. Für die Behandlung akut schwerer Depressionen wird eine Kombination aus medikamentöser Therapie und Psychotherapie empfohlen (S3-Leitlinien 2009, S.38), wie auch für die Behandlung von Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression (S. 39). Darüberhinaus wird Psychotherapie zur Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe und auch zur Behandlung von therapieresistenten(!) Depressionen empfohlen (S. 39).

Die Wirksamkeit der Psychotherapie im Allgemeinen und im Besonderen bei depressiven Störungen ist belegt (vgl. dazu Roth und Fonagy, 1996). Die Leitlinien (S. 115) listen folgende Schwerpunkte für eine psychotherapeutische Basisbehandlung auf, ohne jedoch etwas über unterschiedliche Herangehensweisen bei verschiedenen Typen der Depression auszusagen:

- „aktives flexibles und stützendes Vorgehen, Vermittlung von Ermutigung und Hoffnung;
- empathische Kontaktaufnahme, Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung;
- Exploration des subjektiven Krankheitsmodelles, Klärung aktueller Motivationen und der Therapieerwartungen des Patienten;
- Vermittlung eines Verständnisses der Symptome, ihrer Behandelbarkeit und ihrer Prognose;
- Vermittlung eines „biopsychosozialen Krankheitsmodelles“ zur Entlastung des Patienten von Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen und Versagensgefühlen;
- Klärung aktueller äußerer Problemsituationen, Entlastung von zurzeit überfordernden Pflichten und Ansprüchen am Arbeitsplatz und in der familiären Situation;
- Verhinderung depressionsbedingter Wünsche nach überstürzter Veränderung der Lebenssituation, Unterstützung beim Formulieren und Erreichen konkreter, erreichbarer Ziele zum Wiedergewinnen von Erfolgserlebnissen (positive Verstärker);
- Vermittlung von Einsicht in die individuelle Notwendigkeit adäquater Therapien (z. B. Antidepressiva, Richtlinien-Psychotherapie);
- Einbezug von Angehörigen, Stärken der Ressourcen;
- Ansprechen von Suizidimpulsen, Erarbeitung eines Krisenmanagements.“

Es stehen verschiedene Therapietechniken zur Verfügung. Genannt seien hier die Psychoanalytische Psychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie und die Interpersonelle Psychotherapie (IPT).

Der Psychoanalytischen Psychotherapie „(...) liegt (...) die Auffassung zugrunde, dass der Mensch komplexen inneren Zuständen und mächtigen Gefühlen ausgesetzt ist, die das Leben- von vielen anderen Auswirkungen abgesehen- manchmal sehr schwierig machen können. Es ist zwar möglich, Symptome durch Deutungen zu lindern, doch therapeutische Veränderungen beruht auf umfassenderen, komplexeren Veränderungen des psychischen Funktionierens. Dazu zählt unter anderem, dass der Patient die Haltung des Therapeuten internalisiert und seine eigenen inneren

Objektbeziehungen erforscht, denn diese Erkundung soll durch Containment und Verstehen Besserung herbeiführen“ (Taylor, 2010, S. 838).

Die Kognitive Verhaltenstherapie legt ihr Hauptaugenmerk auf die Wechselwirkung von kognitiven Prozessen, wie automatische Gedanken oder dysfunktionale Schemata, und Verhalten. Durch veränderte Aktivitäten wird versucht Einfluss auf diese Wechselwirkung zu nehmen und die depressive Symptomatik zu verbessern (vgl. dazu Hautzinger, 2003).

Die Interpersonelle Psychotherapie legt ihren Fokus auf die sozialen, zwischenmenschlichen Erfahrungen, die sie als bedeutsam für die Entwicklung und den Verlauf von Depressionen bewertet. Zentral in der Behandlung ist es, ein Verständnis für die Wechselwirkung der Krankheitsentstehung und zwischenmenschlicher Konflikte zu erlangen. So werden Lösungsmöglichkeiten der zugrundeliegenden Konflikte, Bewältigungsansätze und neue Fertigkeiten erarbeitet, die eine Besserung der Symptomatik herbeiführen (vgl. dazu Klerman, 1984; Schramm, 1998).

Für weitere Ausführungen zu den einzelnen Techniken sei auf die S3-Leitlinien verwiesen (vgl. dazu S3-Leitlinien, Kap. H 3.4 Psychotherapie).

Als wichtige neuere Therapietechnik, die beispielhaft für den störungsspezifischen Therapieansatz ist, sei hier das Cognitive Behavioral Analysis System for Psychotherapy (CBASP) von McCullough (2000, 2003) erwähnt.

Es handelt sich um ein Verfahren, welches zur Behandlung von chronischen Depressionen entwickelt wurde und kognitive, interpersonelle und psychodynamische Strategien vereint. Zentral ist dabei das Beziehungserleben und -verhalten. Maligne Beziehungserfahrungen werden als Basis von problematischem Beziehungsverhalten verstanden. Dies ist wiederum eine der Ursachen der depressiven Entwicklung. An diesem Punkt setzt das therapeutische Verfahren unter zu Hilfe nahme der Übertragungs-Gegenübertragungsebene an. Ziel sind der Aufbau neuer Verhaltensweisen, andere kognitive Beurteilungsmuster und Aufbau eines neuen emotionalen Erlebnisspektrums.

Der Therapieerfolg basiert auf Faktoren, die unabhängig von den Techniken der jeweiligen Therapieschulen nachgewiesen wurden (vgl. dazu Karasu, 1986; S3-Leitlinien, S. 113). Der am besten erforschte dieser gemeinsamen Faktoren (common factors) ist die Qualität der therapeutischen Beziehung.

Weitere Wirkfaktoren sind:

„Wirkfaktor Ressourcenaktivierung: Individuelle Merkmale und Eigenschaften, die Patienten in die Therapie einbringen, werden als positive Ressourcen für das therapeutische Vorgehen genutzt. Psychotherapie nutzt also zur Problembewältigung vorhandene motivationale Bereitschaften und Fähigkeiten der Patienten.

Wirkfaktor Problemaktualisierung: Schwierigkeiten, die in der Therapie verändert werden sollen, werden durch psychotherapeutische Interventionen dem Patienten unmittelbar erfahrbar gemacht. Z.B. werden reale Situationen aufgesucht oder hergestellt (Verhaltenstherapie), Personen in die Therapie einbezogen, die an den Problemen beteiligt sind (u. a. Familien-, Paartherapie), oder die therapeutische Beziehung und die in ihr auftretenden Konflikte und Gefühle genutzt (psychodynamische/psychoanalytische Therapie).

Wirkfaktor Problembewältigung: Patienten werden im Rahmen von Psychotherapie mit bewährten problemspezifischen Maßnahmen oder konfliktorientierten Beziehungsangeboten aktiv handelnd oder emotional verstehend darin unterstützt, positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit ihren Problemen im Sinne einer korrigierenden emotionalen Erfahrung zu machen.

Wirkfaktor motivationale Klärung: Therapien fördern mit geeigneten Maßnahmen das Ziel, dass Patienten Einsichten in ihr konflikthafte Erleben und Verhalten gewinnen (z. B. Förderung von Introspektion und Selbstreflektionsfähigkeit, Konfrontation mit und Deutung von Abwehrmechanismen, Hinweis auf und Veränderung von dysfunktionalen Kognitionen und Beziehungsmustern),“ (s. S3-Leitlinien, S.114).

Darüberhinaus stellt eine weitere wichtige Variable für den Therapieerfolg der individuelle Zugang zu der Therapie entsprechend den vorliegenden Problemen (z. B. komorbide Störungen) dar. Auf Seite der Patienten sind „subjektiven Krankheitsvorstellungen und die daraus folgenden Behandlungserwartungen“ (S3-Leitlinie, S.114) wesentliche Faktoren.

Für eine wirksame Therapie sind wesentlich, die individuellen Schwierigkeiten des Patienten auf Basis einer tragfähigen Beziehung zu erfassen und Lösungen mit stringenten aktuellen Bezügen zu erarbeiten.

Psychotherapie ist ein gut erforschter Behandlungszugang für depressive Störungen. Ihre Wirksamkeit ist belegt. Die Wirkungsweise der therapeutischen Zugänge beruht auf ähnliche Faktoren. Über spezifische psychotherapeutische Zugangswege zu unterschiedlichen Typen von depressiven Störungen ist abgesehen vom Zugang, welcher durch CBASP aufgezeigt wird, wenig bekannt. Die Notwendigkeit der Entwicklung weiterer störungsorientierter Behandlungsansätze ist gegeben.

3.2 Qualitätssicherung, Evaluation und Erforschung von psychotherapeutischen Angeboten mittels OPD

Die Notwendigkeit der Überprüfung von psychotherapeutischen Angeboten zur Sicherung der Qualität ist unumstritten. Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik ermöglicht dabei anders als klassische psychometrische Verfahren, wie der SCL-90-R, einen Mehrebenen-Ansatz zu verfolgen. Die OPD kann in Verbindung mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS) als Methode der Qualitätssicherung, Evaluation und Erforschung psychotherapeutischer Behandlungsangebote eingesetzt werden, die es möglich macht den Therapieprozess besser zu verstehen. Eine multimodale Ergebnisbeurteilung wird möglich: Der Therapieerfolg wird aus der Patienten, Therapeuten- und Untersucherperspektive auf verschiedenen psychodynamischen und symptombezogenen Ebenen erfasst (Schneider et al., 2006).

Aus Untersuchersicht können Störungen auf der Ebene der Beziehungs- und Konfliktodynamik sowie der Persönlichkeitsstruktur, die für die Psychodynamik eines Patienten von Bedeutung sind, mittels der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD, Arbeitskreis OPD, 2006) erhoben werden. Ergänzend können therapeutische Veränderungen auf der Basis des OPD-Befundes mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala (Heidelberg Structural Change Scale, HSCS; Rudolf et al., 2000, Grande et al. 2001; Arbeitskreis OPD, 2006) gemessen werden. Die HSCS erfasst die Veränderung der Persönlichkeitsstruktur (sogenannte Umstrukturierung) (vgl. dazu Böker et al., 2009, S.118). Rudolf et al. (2006) definieren die Umstrukturierung der Persönlichkeit als den Prozess, durch den sich in einer Therapie der Umgang mit dysfunktionalen Beziehungsmustern, neurotischen Konfliktmustern und strukturellen Einschränkungen, verändert. Die Instrumente OPD und HSCS haben den Vorteil, dass sie im deutschen Sprachraum vermehrt zur Qualitätssicherung und Prozessbeschreibung für psychodynamische Therapien eingesetzt werden können (Heuft et al., 2005). „Es liegen jedoch nur wenige Studien vor, welche der Fremdeinschätzung mittels OPD und HSCS eine Selbsteinschätzung der Patienten gegenüberstellen“ (vgl. Böker et al. 2009, S. 119).

Zur Erfassung der verhaltensnahen und symptombezogenen Ebene können darüberhinaus psychometrische Instrumente eingesetzt werden, welche Patienten- und Therapeutensicht erfassen.

Beispiele für den Einsatz der OPD lassen sich einige aufzeigen. Genannt seien hier:

- Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL-Studie) (Rudolf et al., 2001)
- eine prospektive Studie mit Patienten in 3-monatiger psychodynamischer stationärer Behandlung (Grande et al., 2001)
- eine weitere an die PAL-Studie orientierte Studie, welche die Umstrukturierung bei 28 Jung'schen Psychotherapien in der Schweiz untersuchte (Jakobsen et al., 2006)
- Untersuchung an einem Patientenkollektiv in stationärer Behandlung (Schneider et al., 2006)
- eine Studie von Patienten, die in einem psychodynamisch orientierten stationären Setting behandelt wurden (Dreher, 2006)
- das Schweizerische Projekt Forschungsinitiative Psychoanalytische Psychotherapie (FIPP) (Jakobsen et al., 2007; Küchenhoff et al., 2008)

Agarwalla und Küchenhoff (2004) konnten unter anderem mittels OPD zeigen, dass es sich bei teilstationärer Psychotherapie um ein eigenständiges, wirksames Therapieverfahren handelt. Es stellt sich nun hinsichtlich spezialisierter teilstationärer Psychotherapie die Frage, ob die Untersuchungen, in denen mit der OPD Beziehungs-, Konflikt- und Strukturfoki ermittelt werden und dann mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS) Veränderungen im Therapieverlauf gemessen werden, Aufschluss über den krankheitsspezifischen Behandlungsverlauf und Anhaltspunkte für störungsorientierte Behandlungszugänge geben.

Die Vorteile der OPD für qualitative Einzelfallanalysen, wie die genaue Dokumentation, eine spezifische Erfassung des Verlaufes über die HSCS oder die Möglichkeit therapeutische Veränderungen zu erfassen, bestimmten die Wahl der OPD als zentrales Forschungsinstrument der vorliegenden Untersuchung.

3.3 Die Bedeutung qualitativer Einzelfallstudien

Die vorliegende Arbeit besteht aus der qualitativen Analyse von 10, in ihrem Verlauf durch verschiedene psychometrische und psychodynamische dokumentierten, Therapieverläufen.

Die Ergebnisse qualitativer Einzelfallstudien bilden wichtige wissenschaftliche Beiträge. Sie ergänzen Ergebnisse von Studien mit randomisiert kontrolliertem Studiendesign und eröffnen somit den für den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn so wichtigen “fremden Blick auf das Eigene” (vgl. dazu Leuzinger-Bohleber, 2010, S. 140; Thomä & Kächele, 2008).

Dieses Vorgehen ist angesichts des aktuellen Verständnisses von Wissenschaft in einem Stadium der Pluralität der Wissenschaften jenseits des einheitswissenschaftlichen Verständnisses (vgl. dazu Hampe & Lotter, 2000) sinnvoll.

Die Bedeutung von qualitativen Einzelfallstudien liegt in deren naturalistischem Hintergrund. Es wird möglich, Erkenntnisprozesse am Schnittpunkt von klinischer Erfahrung und wissenschaftlicher Forschung in naturalistischer Umgebung zu generieren. So werden alternative Perspektiven erschlossen, die neue Ansätze für klassisch wissenschaftlichen dem “gold standard” entsprechende Forschungsprojekte eröffnen (vgl. dazu als weiterführende Literatur: Böker, 1999).

Der Gewinn von Forschungsdesigns mit naturalistisch-beobachtendem Ansatz liegt sowohl auf Probandenseite als auch auf Seite des Forschers. Durch die erhöhte Sorgfalt mit der aufgrund des wissenschaftlichen Anspruches gearbeitet werden muss, kann in der therapeutischen und diagnostischen Fallarbeit mit einer Beschleunigung des Erkenntnisprozesses gerechnet werden. Der Forscher erhält durch den “fremden Blick” eine neue Perspektive auf bisher Bekanntes.

Darüberhinaus “wird durch die Kombination psychoanalytischer, klinischer und extraklinischer, quantitativer und qualitativer Methoden eine sorgfältige und gründliche Reflexion der methodischen und wissenschaftstheoretischen Fragen möglich sein, die unweigerlich mit solchen Studien verbunden sind und zu ihrer verantwortungsvollen Durchführung existentiell dazu gehören” (Leuzinger-Bohleber, 2010, S. 142).

Studien die dem Pluralitätsanspruch entsprechen, grenzen die Gefahr der Einengung des eigenen Blickwinkels ein, die von Studien in der Tradition des einheitswissenschaftlichen Verständnisses ausgehen kann. Denn “jede chronische Abschottung eines Systems (bedeutet) den Tod seiner Lebendigkeit, seiner Kreativität (...) (Leuzinger-Bohleber, 2010, S. 113).

Die LAC-Depressionsstudie (LAC = Langzeitbehandlungen chronisch Depressiver. Es handelt sich um eine Therapiewirksamkeitsstudie, in der Kurz- und Langzeiteffekte von psychoanalytischen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Langzeitbehandlungen verglichen wird. Die Studie startete 2007 unter der Leitung von Frau Leuzinger-Bohleber im Rahmen des Sigmund-Freud-Institutes Frankfurt a. Main.) ist hier beispielhaft, die “klinische mit extraklinische Untersuchungsmethoden und naturalistische mit experimentelle Designanteile kombiniert” (vgl. dazu Leuzinger-Bohleber et. al, 2010, S. 824). Die vorliegende Arbeit soll in Kombination mit der geplanten weiteren Verlaufsstudie dem Pluralitätsanspruch entsprechen und eine weitere Perspektive im Bereich Verlaufsforschung von Depressionsbehandlungen und Behandlungsansätze eröffnen.

4 Ziel dieses Pilotprojektes

Diese Arbeit ist ein Pilotprojekt im Vorlauf zu einer weiterführenden Verlaufsstudie zur Erfassung teilstationärer Depressionsbehandlungen. Diese Arbeit beinhaltet qualitative Einzelfallanalysen. Die Studie ist dabei nicht im klassisch-wissenschaftlichen (quantitativen) Feld angesiedelt und erfüllt nicht die Kriterien der Randomisierung oder von Kontrollgruppen. Sondern sie soll mit qualitativen Anspruch im naturalistisch-therapeutischem Setting, Erkenntnisse generieren, welche durch die Ansprüche der klassisch-wissenschaftlichen Methodik nicht erschlossen werden können und somit eine Ergänzung für eben diese darstellen.

Die Komplexität der therapeutischen Situation ist nur unter starker Vereinfachung und somit Verfälschung in eine Studienaufstellung nach streng wissenschaftlichen Kriterien, wie Randomisierung oder Kontrollgruppen, zu überführen. Somit müssen Verzerrungen der therapeutischen Situation in Kauf genommen werden, um Erkenntnisse nach quantitativ wissenschaftlichen Kriterien zu gewinnen. Indirekter Praxisbezug und geringer direkter Nutzen der sich zur Verfügung stellenden Patienten sind die Folge.

Diese Arbeit geht von naturalistischen therapeutischen Bedingungen aus, und versucht so, Hypothesen für die weiterführende Studie zu generieren, die ebenso im therapeutisch-naturalistischer Umgebung überprüft werden sollen. Den therapeutischen Rahmen stellt dabei die Tagesklinik für Affektkrankte der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, ein teilstationäres, psychotherapeutisches Behandlungsangebot, das spezialisiert ist auf Patienten mit depressiven Erkrankungen.

Die Wahl dieser naturalistischen Zugangsweise bringt mit sich, dass Patienten des gesamten Spektrums der depressiven Störungen einbezogen werden können und somit ein erweiterter Blickwinkel auf diesen Störungsbereich entsteht. Aus diesem Vorgehen werden neue und ergänzende Erkenntnisse zur bisherigen Depressionsforschung erwartet. In einem weiteren Schritt sollen diese dann durch klassisch-wissenschaftliche Methodik überprüft werden. Es handelt sich also um therapeutische Grundlagenforschung in naturalistischem Design, die in einem Zwischenbereich von therapeutischer Arbeit und wissenschaftlicher Forschung angesiedelt ist.

Das Pilotprojekt dient neben der Hypothesengenerierung der Überprüfung der Methodik. Im Besonderen ob sich die OPD für Verlaufsuntersuchungen dieser Art eignet. Darüber hinaus soll die Durchführbarkeit der angewandten psychometrischen Verfahren überprüft werden, mit besonderem Blickwinkel auf die Integration in den therapeutischen Prozess und dem direkten Nutzen, für den sich zur Verfügung stellenden Patienten. Durch die beschriebene Vorgehensweise ist ein hoher Nutzen für die sich beteiligenden Patienten zu erwarten: Durch die angewandten Untersuchungsmethoden resultiert eine differenzierte psychodynamische und psychopathologische Diagnostik. Weiter werden auf der Basis der Ergebnisse der OPD Therapiefoki formuliert. Diese Ergebnisse werden den Therapeuten zur Verfügung gestellt und haben somit einen hohen praktischen Nutzen. Schliesslich soll diese Arbeit auch Nutzen für das Konzept der Tagesklinik für Affektkrankte bringen, indem es Möglichkeiten zur Überprüfung und Weiterentwicklung auslotet.

5 Hypothesen

Folgende Hypothesen sollen durch diese Arbeit überprüft werden:

- a) Es sind unterschiedliche Behandlungsverläufe bei depressiven Störungen zu erwarten.
- b) Als eine wesentliche Dimension der Symptomatik sind Auffälligkeiten auf der Beziehungsebene zu erwarten. Es ist anzunehmen, dass die Erkrankung in erheblichem Masse die Beziehungsgestaltung des Betroffenen einschränkt.

c) Die Art des Krankheits- und Behandlungsverlaufes ist von verschiedenen Punkten abhängig: Die Höhe des Strukturniveaus hat einen Einfluss auf den Behandlungserfolg. Dies gilt gleichermaßen für ausgeprägte Konflikte und dysfunktionale Beziehungsmuster.

d) Es ist zu erwarten, dass bei ausgeprägten Konflikten und dysfunktionalen Beziehungsmustern eine Reaktivierung eben dieser zugrundeliegenden Konflikte während der Behandlung in der Tagesklinik im gruppentherapeutischen Setting erfolgt. Durch die Bearbeitung dieser Konflikte tritt eine deutliche Besserung des klinischen Zustandes der Patienten ein. Dieser Zusammenhang soll durch die Analyse der Untersuchungsergebnisse von IIP und OPD gezeigt werden. Im Besonderen durch die gemessenen Veränderungen am zweiten Untersuchungszeitpunkt, beim Austritt der Patienten.

e) Weiter sind Anhaltspunkte über den Zusammenhang therapeutische Beziehung und Therapieverlauf durch die Dokumentation der therapeutischen Beziehung mittels HAQ zu erwarten.

6 Studienablauf

Der Untersuchungszeitraum wird an die Aufenthaltsdauer der Patienten in der Tagesklinik für Affektkranke angepasst.

Die Erhebung erfolgt bei Eintritt mittels BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R, IIP und IPO.

In den ersten zwei Wochen des Aufenthaltes erfolgt die OPD - Diagnostik mit HSCS. Zu diesem Zweck wird ein Interview mit den Probanden aufgezeichnet und ausgewertet. Das Interview umfasst eine Länge von 45 bis 75 Minuten. Die Ergebnisse des Ratings werden durch den Abgleich mit den Ergebnissen eines geschulten Gegenraters objektiviert. Bei den Werten, die im Ergebnisteil präsentiert werden, handelt es sich um Werte aus dem Konsensrating.

Bei Eintritt und in der Folge wöchentlich erfolgt die Erhebung mittels HAQ, sowohl der Patient als auch der Therapeut füllen dieses aus.

Eine Woche vor Austritt erfolgen die Veränderungsmessungen mittels BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R, IIP und IPO. Weiter folgt das zweite OPD-Interview, durch welches die Veränderungen der Foki in der HSCS erfasst werden.

Das Datenmaterial wird unter den üblichen Standards der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich in der Tagesklinik für Affektkranke archiviert und dient ausschliesslich dem Pilotprojekt und der Verlaufsstudie. Die Namen der Patienten werden durch Kürzel anonymisiert.

7 Verwendete Untersuchungsinstrumente

7.1 OPD- Operationalisierte psychodynamische Diagnostik 2

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) (Arbeitskreis OPD, 1996) wurde als ein diagnostisches Instrument und Verfahren in Ergänzung zu der rein phänomenologisch ausgerichteten psychiatrischen Diagnostik (wie ICD-10 oder DSM-IV) entwickelt und ermöglicht die Erfassung und Beschreibung beobachtungsnaher psychodynamischer Konstrukte. So können Einschätzungen zum subjektiven Krankheitserleben der Patienten, zu Voraussetzungen der Behandlung, zur Art und Ausgestaltung maladaptiver, dysfunktionaler Beziehungsmuster, zu intrapsychischen und interpersonellen Konflikten und dem Integrationsniveau der psychischen Struktur gemacht werden. Mit der neu überarbeiteten 2. Version OPD-2 (Arbeitskreis OPD, 2006) sind nun auch eine

Einschätzung relevanter Therapiefoki und deren Veränderungen im Behandlungsverlauf mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS) (Rudolf et al., 2000; Grande et al., 2001, Arbeitskreis OPD, 2006) möglich. Die OPD hat sich seit ihrer Entwicklung als reliabel, praktikabel und gut anwendbar erwiesen (vgl. Arbeitskreis OPD, 2006, S. 47ff) und stellt Mittel und Möglichkeiten zur Verfügung, die aus psychotherapeutischer Sicht von hohem klinisch-praktischen Nutzen sind:

- Grundlegende psychodynamische diagnostische Einschätzung
- Hilfe bei der grundsätzlichen und speziellen Indikationsstellung von Psychotherapie
- Handlungsanleitungen für die Therapieplanung und Formulierung von Therapiezielen und Schwerpunktsetzungen (Therapiefoki)
- Beurteilung und Evaluation von Veränderungen im Therapieverlauf

Neben den Einsatzmöglichkeiten im klinischen Einzelfall eignet sich die OPD-2 auch für den Einsatz im Rahmen der Evaluation und Qualitätssicherung von psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangeboten und für die Prozess- und Outcome-Forschung in der Psychotherapie (vgl. dazu Böker et. al., 2009). Der grundlegende Aufbau der OPD-2 ist der eines multiaxialen Systems mit vier psychodynamischen und einer deskriptiven Achse (vgl. Arbeitskreis OPD, 2006):

- Achse I : Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen
- Achse II : Beziehung
- Achse III: Konflikt
- Achse IV: Struktur
- Achse V: Psychische u. psychosomatische Störungen (gemäß ICD-10, DSM-IV)

Die für die Beurteilung und Einschätzung relevanten Informationen werden in der Regel mit Hilfe eines etwa einstündigen Interviews erhoben, können aber auch im Verlauf von mehreren Gesprächen erhoben und ergänzt werden.

7.2 HSCS - Heidelberger Umstrukturierungsskala

Die Heidelberger Umstrukturierungsskala erfasst als Fremdbeurteilungsinstrument den Umgang des Patienten mit den durch OPD formulierten Foki. Wendet man die HUS im Verlauf einer Therapie an, können so positive therapeutische Veränderungen sichtbar gemacht werden (vgl. Arbeitskreis OPD, 2006).

Auf einer siebenstufigen Skala (die im Bereich 1 bis 6 drei Unterstufen; im Bereich sieben 2 Unterstufen aufweist) wird der Umgang mit dem Fokusproblem zwischen den Polen „Nichtwahrnehmung des Fokusproblems“ bis hin zu „Auflösung des Fokus“ dargestellt. Reliabilität und Validität sind gegeben.

7.3 HAMD- Hamilton Depression Skala

Der HAMD ist ein Fremdbeurteilungsinstrument, das die Schwere einer diagnostizierten depressiven Störung auf Symptomebene abbildet (Hamilton, 1986, Baumann, 1976). 21 Items erfassen über mehrere Skalen die Intensität der Symptome. Die Ergebnisse des HAMD können von den Ergebnissen von Selbsteinschätzungsinstrumenten, wie dem BDI, divergieren, da die Untersucher explizit angehalten sind, Informationen über das direkte Abfragen des Probanden hinaus (z. B.

Informationen von Angehörigen) miteinzubeziehen. Ursprünglich basierte der HAMD auf dem Konzept der „endogenen Depression“ (vgl. Hamilton, 1986). Deshalb werden besonders Symptome des somatischen und motorischen Bereichs sowie Tagesschwankungen, Krankheitseinsicht und psychotische Symptome erfasst. Für die Darlegung der Überprüfung der Gütekriterien sei auf die Ausführungen von Hamilton (1986) verwiesen.

7.4 HAMA - Hamilton Angst Skala

Der HAMA ist ein Fremdbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Ausprägung von Angstsymptomen nach erfolgter Diagnose durch 14 Items. Diese erfassen auf 5 Subskalen (0 = nicht vorhanden bis 4 sehr stark) die psychischen und somatischen Aspekte des Angstsyndroms. Die Gütekriterien wurden überprüft. Für weitere Ausführungen sei auf Hamilton (1976) verwiesen.

7.5 BDI - Beck Depression Inventar

Der BDI ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere depressiver Symptome (Hautzinger et al., 2000), ohne ätiologisch-theoretischer Ausrichtung, auf Basis der Erfassung der Symptome des depressiven Krankheitsbildes, mit einem Schwerpunkt hin zu kognitiven Symptomen. Die Probanden schätzen in 21 Gruppen von Aussagen das Vorhandensein und die Ausprägung von klassischen Symptomen der Depression (Ausprägung 0 = nicht vorhanden bis Ausprägung 3 = starke Ausprägung) ein.

Reliabilität und Validität sind gegeben, die Konstruktvalidität wurde nachgewiesen (Richter, 1991).

Der BDI eignet sich, um psychotherapeutische Fortschritte abzubilden.

7.6 SCL-90-R - Die Symptom-Checkliste von Derogatis- Deutsche Version

Der SCL-90-R ist ein Selbsterfassungsinstrument (vgl. Franke, 2002), welches die subjektive Beeinträchtigung durch Symptome innerhalb der letzten vor der Erhebung vergangenen 7 Tagen misst. Der SCL-90-R ist eine Ergänzung zu variablen Stimmungsmessungen.

Neun Skalen erfassen die Beeinträchtigung auf syndromaler Ebene, die subjektive Einschätzung durch den Probanden auf einer fünf-stufigen Likert-Skala von 0 = überhaupt nicht bis 4 = sehr stark.

Folgende Bereiche werden erfasst: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus. Der Globale Kennwert GSI erfasst die psychische Belastung bei allen Items. Der PSDI misst die Intensität der Antworten und der PST die Anzahl der Symptome bei denen eine Belastung vorliegt (s. Franke, 2002, S. 301).

Objektivität, Reliabilität und Validität sind gegeben. Die Normen liegen nach Alter und Geschlecht differenziert vor.

7.7 IIP - Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme - Deutsche Version

Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme- Deutsch Version (IIP-D)- ist ein Selbsteinschätzungsinstrument (vgl. Horowitz et al., 2000), welches Schwierigkeiten des Probanden im Umgang mit anderen Menschen erfasst. Erfragt werden interpersonale Verhaltensweisen, die dem Probanden Schwierigkeiten bereiten und die er übermäßig häufig zeigt.

Der IIP erfasst dabei das problematische Verhalten des Probanden über acht faktorenanalytisch gebildete Skalen, die den Oktanten des interpersonalen Kreismodells entsprechen. Weiter wird die gesamte Belastung der interpersonalen Schwierigkeiten durch einen Gesamtwert abgebildet.

Der IIP-D steht in der Tradition der Circumplexmodelle der Persönlichkeitsstörungen (vgl. P. Fiedler, 1994).

Die Circumplexmodelle wurden bereits von Leary (1957) und Kiesler (1983) zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen verwendet.

Im „Interpersonal Circle“ nach Leary (1957) werden Persönlichkeitseigenarten, die nach ihrer Funktion auf der interaktionellen Ebene benannt werden, kreisförmig um eine senkrechte und vertikale Achse angeordnet. Die vertikale Achse wird durch die Pole Dominanz vs. Unterwürfigkeit konstituiert, die horizontale Achse durch die Pole Hass vs. Liebe. Ob ein Persönlichkeitsbereich Züge einer Störung erhält, lässt sich durch die Position zwischen Achsenmittelpunkt und Außenkreis dimensionieren.

Kiesler (1983) übernimmt die beiden Achsen aus Learys Modell und ergänzt diese durch die Interaktionsebene. So wird Kieslers Modell durch die Annahme erweitert, "dass zwei miteinander interagierende Personen ihr Verhalten gegenseitig beeinflussen. Dieses Prinzip trägt dazu bei, dass die im Circumplex einzuordnenden Handlungen spezifische Reaktionen bei anderen Personen herausfordern oder hervorrufen. Gewöhnlich besteht eine Komplementarität. Damit ist gemeint, dass sich die Handlungsmuster ähnlich sind im Hinblick auf die Zuneigungsdimension (freundlich - feindselig) und reziprok im Hinblick auf die Kontrolldimension (dominant - unterwürfig) des interpersonellen Zirkels. Konkret in das Modell übertragen: dominant-feindseliges Verhalten (z.B. "konkurrierend, verachtend-rivalisierend") führt zu submissiv-feindseligen Reaktionen ("unsicher, demütig-hilflos"); und dominant-freundliches Verhalten (z.B. "gesellig") führt zu eher submissiv-freundlichen Reaktionen (also "warmherzig akzeptierend"). Komplementarität scheint die zwischenmenschlichen Bedürfnisse der Interaktionsteilnehmer am ehesten zu befriedigen; andererseits besteht das Problem zur Aufrechterhaltung unflexibler Komplementaritätsverschränkungen, die in einen letztlich hilflos machenden *circulus vitiosus* entgleiten können." (Fiedler, 1994, S. 104)

Im Bereich der Normierung liegen Stanine-Werte für eine gemischte Population vor. Jedoch empfehlen Horowitz et al. auch die Verwendung der Skalenrohwerte. Die Stanine-Werte gelten allein als nicht genügend aussagekräftig und benötigen immer eine klinisch-theoretische Interpretation (s. Horowitz et al. 2000, S. 24). Die Verwendung von Rohwerten empfehlen auch Becker und Mohr (2005), nachdem sie Werte des IIP und des Trierer Integrierte Persönlichkeitsinventar vergleichend gegenübergestellt haben. Dabei untersuchten sie 129 Probanden mit dem IIP-D und das Trierer Integrierte Persönlichkeitsinventar (TIPI). Nach faktorenanalytischer Auswertung wurden Reliabilität und Validität der Rohwerte und der Ipsativen-Skalenwerte verglichen. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass die internen Konsistenzen, die auf ipsatierten Werten basieren, deutlich niedriger sind als diejenigen die auf den Rohwerten basieren. Zudem lieferte eine faktorenanalytische Auswertung der Rohwerte einen ersten Faktor "Gesamtmasse interpersonalen Probleme", der hoch mit Neurotizismus und bedeutsam mit Introversion und Unverträglichkeit korreliert. Somit wurde die Verwendung von untransformierten Werten empfohlen.

Reliabilität und Validität sind gegeben. Dies ist für die weitere Verlaufsstudie zu beachten.

7.8 IPO - Inventory of Personality Organization

Das IPO ist ein Selbstbeurteilungsinstrument (Clarkin et al. 1998), das aus dem Bemühen entstanden ist, das Konzept der Persönlichkeitsstörung nach Kernberg zu validieren und ein für die Psychotherapieforschung nutzbares psychopathometrisches Verfahren basierend auf eben diesen theoretischem Verständnis zu generieren.

Kernberg (1988, 1995, 1998) verbindet in seinem psychoanalytischen Ansatz zur Diagnostik und Therapie von schweren Persönlichkeitsstörungen objektpsychologische, strukturelle und dynamische

Ansätze. Wesentliche Determinanten der Persönlichkeit, im Besonderen angewandt auf die Borderline-Persönlichkeit, sind Identität (Identitätsdiffusion), Abwehr, Realitätsprüfung, Qualität der Objektbeziehungen, Akzeptanz allgemeiner Moralvorstellungen (vgl. Clarkin et. al, 1998).

Durch 83 Items, die in fünf Kategorien von „trifft nie zu“ bis „trifft immer zu“ von den Probanden einzuschätzen sind, erfasst das IPO folgende Kategorien:

Identitätsdiffusion, Primitive Abwehrmechanismen, Realitätsprüfung, Qualität der Objektbeziehungen und Moralvorstellungen. Damit wird der Ausprägungsgrad der Borderline-Persönlichkeitsorganisation bzw. Teilaspekte derselben, die bedeutend für andere Persönlichkeitsstörungen sind, dargestellt.

Das IPO stellt ein valides und reliables Instrument dar (Clarkin, 1998), welches sich im Besonderen zur Psychotherapieforschung eignet. Für Ausführungen zur Konstruktvalidität sei auf Clarkin, 1998, S. 170, verwiesen.

7.9 HAQ- Helping Alliance Questionnaire

Der HAQ wurde von Luborsky (Alexander und Luborsky, 1986) konstruiert und erfasst die therapeutische Beziehung (Bassler et al., 1995). Über 12 Items die durch eine sechsteilige Skala von 1 = sehr zutreffend bis 6 = sehr unzutreffend einzuschätzen sind, wird in zwei Subskalen die Beziehungszufriedenheit und die Erfolgszufriedenheit erhoben. Neben der Einschätzung des Patienten wird auch die Beziehungseinschätzung des Therapeuten erhoben. Der HAQ eignet sich als Instrument zur Therapieevaluation. Die Gütekriterien wurden überprüft, die Reliabilität ist gegeben.

8 Ergebnisse

8.1 Auswertung der Einzelfallbefunde

Um die Datensicherheit und die ärztliche Schweigepflicht zu gewährleisten werden zur Identifizierung der Probanden Buchstaben in alphabetischer Reihenfolge verwendet, entsprechend dem Zeitpunkt, ab dem die Patienten an der Studie teilgenommen haben.

Da das Geschlecht bedeutsam für die weiteren Ergebnissen sein könnte, wird darüber Auskunft gegeben.

In der Aufführung der Einzelbefunde werden zunächst die Ergebnisse aus dem OPD und HSCS-Ratings aufgeführt. Die Abschnitte über Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzung, Beziehungssachse, Konfliktachse, Strukturachse und der HSCS-Foki entsprechen den Darstellungen auf den jeweiligen Erhebungsbögen (vgl. dazu Arbeitskreis OPD, 2006). Diese Passagen sind grau unterlegt. Fallvignetten und Interpretationen finden sich auf weißem Hintergrund. Darstellungen, die Rückschlüsse auf die Identität der Betroffenen zulassen, wurden verfremdet.

Dann werden die Befunde aus den weiteren Testerhebungen aufgeführt. Für die Darstellung der IIP-Befunde werden die Stanine-Werte in einer graphischen Darstellung gezeigt. Zwei Graphen zeigen die Einschätzungen der Patienten der interpersonellen Probleme bei Eintritt und bei Austritt.

Das HAQ wurde während der gesamten Behandlung fortlaufend erhoben. Die Erhebungsfrequenz ist der Datendarstellung vorangestellt. Die Tendenz bezüglich der Beziehungszufriedenheit (HAQ 1) und der Erfolgszufriedenheit (HAQ 2) werden graphisch dargestellt. In diesen Darstellungen werden die Einschätzungen der Patienten jenen der Therapeuten durch zwei unterschiedliche Graphen gegenüber gestellt.

Die ermittelten Werte aller durch das IPO erfassten Determinanten der Persönlichkeitsorganisation werden im Einzelnen aufgezeigt.

Für BDI, HAMA und HAMD werden die ermittelten Summenwerte aufgeführt. Vom SCL-90-R werden die mit der Normstichprobe abgeglichenen Werte des GSI als Einschätzung der globalen

Belastung aufgeführt. IPO, BDI, HAMA, HAMD und SCL-90-R wurden bei Eintritt und Austritt erhoben. Entsprechend werden zwei Werte in den Darstellungen aufgeführt. Für die zugrundeliegenden Referenzbereiche sei auf die Testlegende in Anhang 1 verwiesen.

8.1.1 Patientin A

8.1.1.1 Fallvignette

Frau A. (zwischen 30 und 40 Jahre alt) kam aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung und eines Verdachtes auf eine abhängige Persönlichkeitsstörung sowie mit Status nach mehreren Suizidversuchen im Anschluss an mehrere stationäre Behandlungen in die Tagesklinik für Affektkranke.

Die Erscheinung der Patientin war bescheiden, „durchschnittlich“. Sie schien zunächst jemand zu sein, der Gefahr laufen würde, übersehen zu werden. In einem zweiten Moment viel auf, dass es die Patientin schaffte, sich auf subtile Weise in den Mittelpunkt zu stellen.

Die Beziehung zur Ursprungsfamilie der Patientin war durch die Borderline-Erkrankung der Mutter von Frau A und einem unklaren Schizophrenie-Befund ihrer Schwester belastet. Die Kindheit der Patientin war durch hohe Leistungsanforderungen, emotionale Vernachlässigung und Gewalt geprägt. Die Patientin befand sich bei Eintritt in die Tagesklinik in einem schwerwiegenden Beziehungskonflikt mit ihrem Ehemann, einem vermögenden Unternehmer. Dies bedeutete für die Mutter eines vierjährigen Sohnes, die selbst vor der Ehe als Sekretärin gearbeitet hatte, eine massive emotionale und soziale Bedrohung. Die Patientin konnte ihren Alltagsverpflichtungen nicht selbständig nachgehen. Eine teilstationäre Behandlung wurde erst durch umfassende Unterstützung der Familie des Ehemannes, Hausangestellten und des Ehemannes selbst möglich. Im Gegensatz zu ihrer Ursprungsfamilie pflegte die Patientin zum verwitweten Vater des Ehemannes eine sehr nahe Beziehung.

Im Verlauf zeigten sich bei der Patientin emotional instabile Züge. Diese konnten besonders während der Beziehungsaufnahme innerhalb der Patientengruppe beobachtet werden.

8.1.1.2 Ergebnisse des OPD-Rating

8.1.1.2.1 Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzung

Die Störung besteht seit 2-5 Jahren. Es handelt sich um eine mittelgradige (2) Symptomatik. Der Leidensdruck ist mittelgradig (2) ausgeprägt. Körperliche Beschwerden werden gering (1) dargestellt. Psychische und soziale Probleme werden mittelgradig (2) dargestellt. Die Patientin orientiert sich an ein an psychischen und sozialen Faktoren ausgerichtetes Krankheitskonzept. Gewünscht wird körperliche (3) und psychotherapeutische (4) Behandlung. Der Behandlungsansatz im sozialen Bereich kann nicht geratet werden. Die Patientin verfügt über mittelgradige Ressourcen (2) und geringe soziale Unterstützung (1). Äussere Veränderungshemmnisse sind nicht vorhanden, innere sind mittelgradig (2) ausgeprägt. Die Veränderungskonzepte der Patientin sind hoch auf Symptomreduktion (3) ausgerichtet: reflektierend-motivklärend mittelgradig (2), emotional-supportiv hoch (3) und aktiv-anleitend mittelgradig (2). Die Veränderungsressourcen werden durch mittelgradige (2) Offenheit und geringem (1) sekundären Krankheitsgewinn gekennzeichnet.

8.1.1.2.2 Beziehungssachse

Perspektive A: Das Erleben der Patientin

Die Patientin erlebt sich immer wieder so, dass sie sich um andere besonders kümmert, sorgt (7). sie sich anlehnt und anklammert. (23) sich zurückzieht, abschottet, weggeht (32).

Die Patientin erlebt andere immer wieder so, dass sie an sie

Ansprüche stellen (10). vernachlässigen, im Stich lassen (15).

Perspektive B: Das Erleben der Anderen (auch des Untersuchers)

Anderer erleben sich gegenüber der Patientin immer wieder so, dass

sie sich besonders um sie kümmern, sorgen (7). sie sich zurückziehen, abschotten, weggehen (32).

Anderer erleben, dass die Patientin immer wieder

sich aufdrängt, taktlos ist (8). Eigenständigkeit vermeidet, Anleitung sucht (25). sich verschliesst, flüchtet, wenn andere Zuneigung zeigen (29).

8.1.1.2.3 Konfliktachse

		nicht vor handen	wenig bedeut sam	be deut sam	sehr bedeut sam	nicht beurteil bar
1	Individuation vs. Abhängigkeit				X	
2	Unterwerfung vs. Kontrolle				X	
3	Versorgung vs. Autarkie	X				
4	Selbstwertkonflikt			X		
5	Schuldkonflikt	X				
6	Ödipaler Konflikt			X		
7	Identitätskonflikt	X				

Hauptkonflikt: 2	zweitwichtigster Konflikt: 1				
Modus der Verarbeitung des Hauptkonfliktes	vor- wiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vor- wiegend passiv	nicht be- urteilbar
		X			

8.1.1.2.4 Strukturachse

	gut		mässig		gering		des inte griert	nicht beurte ilbar
	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	9
1a Selbst- wahrnehmung					X			
1b Objekt- wahrnehmung					X			
2a Selbst-regulierung				X				
2b Regulierung Objektbezug					X			
3a Kommunikation nach innen					X			
3b Kommunikation nach aussen					X			
4a Bindung an innere Objekte				X				
4b Bindung äussere Objekte				X				
5 Struktur gesamt					X			

8.1.1.2.5 HSCS-Foki

Die grundsätzliche therapeutische Arbeit ist bei dieser Patientin deutlich strukturbezogen.

Beziehungsfokus:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
<p>Die Patientin erlebt sich immer wieder so, dass sie sich um andere besonders kümmert, sorgt. (7) Sich anlehnt und anklammert. (23) Sich zurückzieht, abschottet, weggeht. (32)</p> <p>Die Patientin erlebt andere immer wieder so, dass sie an sie Ansprüche stellen (10). vernachlässigen, im Stich lassen (15).</p> <p>Anderer erleben, dass die Patientin immer wieder sich aufdrängt, taktlos ist (8). Eigenständigkeit vermeidet, Anleitung sucht (25). sich verschliesst, flüchtet, wenn andere Zuneigung zeigen (29).</p> <p>Anderer erleben sich gegenüber der Patientin immer wieder so, dass sie sich besonders um sie kümmern, sorgen (7). sie sich zurückziehen, abschotten, weggehen (32).</p>	2+	4

Konfliktfoki: -

Strukturfoki:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
S1 realistische Objektwahrnehmung	2+	4-
S2 Affekte erleben	3+	3+
S3 Interessensausgleich	2	3+
S4 Bindung lösen	1+	3+

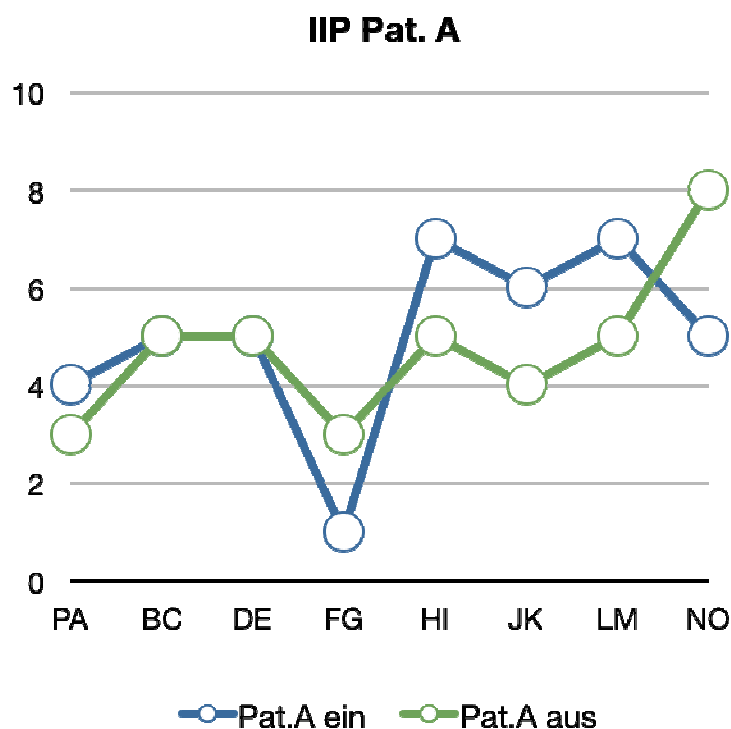
8.1.1.3 Fallbezogene Einordnung des OPD-Befundes

Als Hauptkonflikt wurde im OPD-Rating “Unterwerfung vs. Kontrolle” als zweitwichtigster Konflikt “Individuation vs. Abhängigkeit” gefunden. Die Strukturachse weist auf eine geringe Integration hin. Trotz der erfassten Konflikte wurde die grundsätzliche therapeutische Arbeit, auch aufgrund der erfassten geringen strukturellen Integration, als deutlich strukturbezogen eingeschätzt. In der Therapie zeigte sich, dass die therapeutische Arbeit an den definierten 4 Strukturfoki über die Arbeit an der Beziehungsachse möglich wurde. Eine deutliche Veränderung konnte in der HSCS im Bereich der Beziehungsachse und der Strukturfoki erhoben werden.

8.1.1.4 Ergebnisse der Testungen Patientin A

8.1.1.4.1 IIP

	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO
	Stanine: 1= wenig ausgeprägt 9 = stark ausgeprägt							
Pat. A ein	4	5	5	1	7	6	7	5
Pat. A aus	3	5	5	3	5	4	5	8



8.1.1.4.2 HAQ

Behandlungszeit: 22 Wochen

Erhebungsfrequenz: 0,86Erhebungen/Woche

	Beziehungszufriedenheit Werte 6-36 je niedriger der Wert, umso höher die Zufriedenheit		Erfolgswzufriedenheit Werte 3-18 je niedriger der Wert, umso höher die Zufriedenheit	
	Patient	Therapeut	Patient	Therapeut
Z1 Eintritt	30	14	3	10
Z2	36	0	6	0
Z3	36	15	11	9
Z4	36	19	6	11
Z5	36	20	5	11
Z6	36	20	12	11
Z7	36	21	6	13
Z8	0	0	0	0
Z9	36	21	6	11
Z10	0	20	0	11
Z11	6	26	9	15
Z13	6	14	9	8
Z14	6	20	9	12
Z15	0	28	0	15
Z16	6	25	6	11
Z17	0	18	0	8
Z18	6	18	9	8
Z19 Austritt	6	12	7	9

Diagramm 1

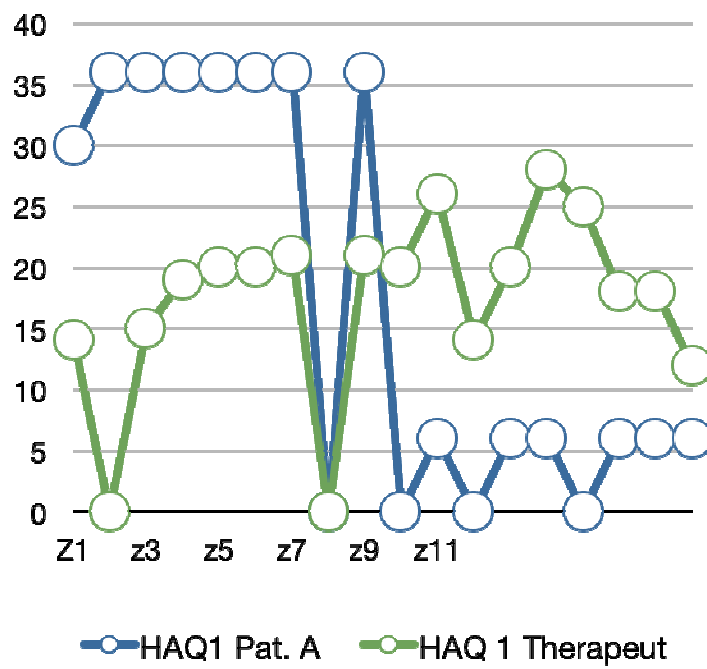
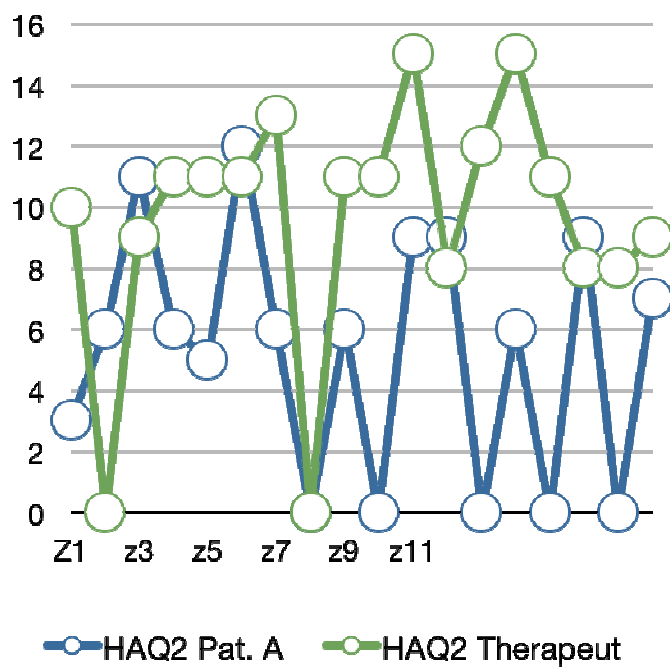


Diagramm 2



8.1.1.4.3 IPO

	IPO Primitive Abwehr max. Wert 80	IPO Indentitäts- diffusion max. Wert 105	IPO Realitäts- prüfung max. Wert 100	IPO Aggression max. Wert 90	IPO moralische Werte max. Wert 55
Patientin A Eintritt	29	34	25	20	14
Austritt	25	43	30	24	13

8.1.1.4.4 BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R

	BDI	HAMA	HAMD	SCL-90-R GSI
Patientin A Eintritt	24	34	18	62
Austritt	14	13	11	53

8.1.1.5 Fallbezogene Einordnung der Testbefunde

Die Werte des IIP von Frau A verändern sich im Vergleich Eintritt vs. Austritt Richtung Normstichprobe. Besonders der Wert FG, der das Ausmass der Introversion, des sozial vermeidenden Verhalten, der Angst und der Scheu vor Menschen erfasst, hat sich von 1 auf 3 verändert. Der Wert NO (Expressivität/Aufdringlichkeit) hat sich von 5 auf 8 verändert. Diese Veränderung ausserhalb des Wertes der Normstichprobe ist als Therapieeffekt zu werten. Die Patientin hat gelernt, ihre Bedürfnisse klar anzubringen. Strategien, sich indirekt Aufmerksamkeit zu verschaffen, wurden unnötig. Die Patientin konnte sich in ihrer Bedürftigkeit zeigen, der Konflikt zwischen Unterwerfung vs. Kontrolle wurde deutlich. So folgte eine Zunahme der Expressivität von Frau A.

Im Bereich des HAQ zeigte sich zunächst eine hohe Beziehungsunzufriedenheit der Patientin bei einer mittleren Beziehungsunzufriedenheit des Therapeuten. Dies änderte sich ab der Mitte des Erhebungszeitraumes: die Beziehungszufriedenheit der Patientin stieg stark an, während die des Therapeuten weiter im mittleren Bereich blieb. Dem gegenüber stehen die Werte der Erfolgsszufriedenheit. Die Patientin zeigte in der Eintrittsphase trotz der hohen Beziehungsunzufriedenheit eine hohe Erfolgsszufriedenheit. Im Laufe der Therapie pendelte sich die Erfolgsszufriedenheit dann auf einen mittleren bis hohen Wert ein. Die Erfolgsszufriedenheit des Therapeuten lag am Beginn der Therapie im mittleren Bereich und erreichte in den letzten drei Erhebungen vor Austritt hohe Werte. Es ist anzunehmen, dass die Beziehungsaufnahme zum Therapeuten für die Patientin, entsprechend den Ergebnissen der OPD-Befunde, schwierig gewesen sein muss. Trotzdem schien sich ein tragfähiges Arbeitsbündnis entwickelt zu haben, sodass die Patientin mit den ersten Therapiestunden in einem Ausmass zufrieden war, dass dies die Beziehungsunzufriedenheit überbrückte. Weiter ist auch anzunehmen, dass die Arbeit an den Foki eine Irritation bei der Patientin ausgelöst hat, die sich dann in der beobachteten Beziehungsunzufriedenheit verdeutlichte.

Die Werte des IPO liegen insgesamt in der unteren Hälfte bis unterem Drittel der möglichen erreichbaren Werte. Es zeigt sich eine leichte Erhöhung bei Austritt in den Werten der

Identitätsdiffusion, der Realitätsprüfung und der Aggression. Die Werte der primitiven Abwehr und des moralischen Wertes haben sich leicht verbessert. Die Symptombelastung, erfasst durch BDI, HAMA, HAMD und SCL-90-R ist bei Austritt deutlich verringert.

8.1.2 Patientin B

8.1.2.1 Fallvignette

Frau B. war eine Patientin zwischen 50 und 60, die von ihrem Erscheinungsbild 10 Jahre jünger geschätzt werden konnte. Die Patientin war im Auftreten kultiviert und sehr bescheiden. Sie neigte dazu, sich in den Hintergrund zu stellen, liess Mitpatienten den Vortritt, war in die Patientengruppe gut integriert.

Sie kam aufgrund einer schweren depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung und einer massiven Migränesymptomatik zur Behandlung in die Tagesklinik.

Die Patientin wurde in Südamerika geboren und schloss ihre Ausbildung mit einem Hochschulstudium ab. Sie arbeitete in ihrem Herkunftsland im sozialen Bereich. Bis sie dort einen Schweizer kennen lernte und diesem in die Schweiz folgte. Die Ehe verlief unglücklich und wurde nach der Geburt zweier Töchter geschieden.

Die Versorgung der Töchter übernahm die Patientin alleine und zum Zeitpunkt der Behandlung lebte die jüngere Tochter noch bei der Patientin. Die ältere Tochter war selbständig erwerbstätig.

Die Beziehung zur jüngeren Tochter gestaltete sich konfliktuell und wurde durch Gewalt von Seiten der Tochter gegenüber der Mutter geprägt. Die Patientin, selbst bei einer Pflegemutter aufgewachsen, die sie fortwährend psychisch und körperlich misshandelte und bei einem Pflegevater, der ihr zwar Zuneigung zeigte, sie jedoch nicht angemessen schützen konnte, konnte sich gegenüber der Tochter nicht abgrenzen und erlebte sich verantwortlich und schuldig für das aggressive Verhalten des Mädchens.

8.1.2.2 Ergebnisse des OPD-Ratings

8.1.2.2.1 Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzung

Die Erkrankung besteht seit 6 bis 24 Monaten bei einer aktuellen hohen (3) Symptomatik. Der Leidensdruck ist hoch (3) ausgeprägt. Die Darstellung körperlicher Beschwerden ist hoch (3), die Darstellung psychischer Beschwerden sehr hoch (4) und die Darstellung sozialer Probleme mittelgradig (2).

Das Krankheitskonzept der Patientin ist mittelgradig (2) an somatische Faktoren orientiert, hoch (3) an psychischen Faktoren und mittelgradig (2) an sozialen Faktoren.

Die Veränderungskonzepte orientieren sich sehr hoch (4) an eine körperliche Behandlung und an eine psychotherapeutische Behandlung, sowie hoch (3) an einem sozialen Ansatz.

Die Veränderungsressourcen sind im persönlichen Bereich gering (1) und im Bereich der sozialen Unterstützung mittelgradig (2). Äussere Veränderungshemmnisse liegen keine vor, die inneren Veränderungshemmnisse sind mittelgradig (2) ausgeprägt.

Die Veränderungskonzepte der Patientin sind durch ein sehr hohes (4) Interesse an Symptomreduktion geprägt, mit einem mittelgradig ausgeprägtem reflektierend-motivklärendem, sowie einem sehr hohen (4) emotional-supportivem und aktiv-anleitenden (4) Veränderungskonzept. Die Veränderungsressourcen werden durch hohe (3) Offenheit und die Veränderungshemmnisse durch einen geringen (1) sekundären Krankheitsgewinn geprägt.

8.1.2.2 Beziehungssachse

Perspektive A: Das Erleben der Patientin	
<p>Die Patientin erlebt sich immer wieder so, dass</p> <p>sich um andere besonders kümmert, sorgt (7). Sich die Schuld gibt (28). Sich zurückzieht, abschottet, weggeht (32).</p>	<p>Die Patientin erlebt andere immer wieder so, dass sie</p> <p>sie klein machen, beschämen (12). vernachlässigen, im Stich lassen (15). ihr die Zuneigung entziehen (13).</p>
Perspektive B: Das Erleben der Anderen (auch des Untersuchers)	
<p>Andere erleben sich gegenüber der Patientin immer wieder so, dass</p> <p>sie sich besonders um sie kümmern, sorgen (7). sie ignorieren, übersehen (16). sie bestimmen, kontrollieren, Ansprüche stellen (10).</p>	<p>Andere erleben, dass die Patientin immer wieder</p> <p>sich wenig anlehnt (31). sich entschuldigt (4). sich anpasst, sich zurücknimmt (26).</p>

8.1.2.2.3 Konfliktachse

		nicht vor handen	wenig bedeut sam	bedeut sam	sehr bedeut sam	nicht beurteil bar
1	Individuation vs. Abhängigkeit	X				
2	Unterwerfung vs. Kontrolle			X		
3	Versorgung vs. Autarkie		X			
4	Selbstwertkonflikt		X			
5	Schuldkonflikt				X	
6	Ödipaler Konflikt		X			

7	Identitätskonflikt			X		
---	--------------------	--	--	---	--	--

Hauptkonflikt: 5	zweitwichtigster Konflikt: 2				
Modus der Verarbeitung des Hauptkonfliktes	vorwiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vorwiegend passiv	nicht beurteilbar
				X	

8.1.2.2.4 Strukturachse

	gut		mäßig		gering		desintegriert	nicht beurteilbar
	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	9
1a Selbstwahrnehmung			X					
1b Objektwahrnehmung				X				
2a Selbstregulierung			X					
2b Regulierung Objektbezug			X					
3a Kommunikation nach innen			X					
3b Kommunikation nach aussen		X						
4a Bindung an innere Objekte			X					
4b Bindung äussere Objekte			X					
5 Struktur gesamt			X					

8.1.2.2.5 HSCS-Foki

Die grundsätzliche therapeutische Arbeit ist bei dieser Patientin gemischt struktur/konfliktbezogen.

Beziehungsfokus:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
<p>Die Patientin erlebt sich immer wieder so, dass sie sich um andere besonders kümmert, sorgt. (7) Sich die Schuld gibt. (28) Sich zurückzieht, abschottet, weggeht. (32)</p> <p>Die Patientin erlebt andere immer wieder so, dass sie sie klein machen, beschämen (12). vernachlässigen, im Stich lassen (15). ihr die Zuneigung entziehen (13)</p> <p>Andere erleben, dass die Patientin immer wieder sich wenig anlehnt (31). sich entschuldigt (4). sich anpasst, sich zurücknimmt (26).</p> <p>Andere erleben sich gegenüber der Patientin immer wieder so, dass sie sich besonders um sie kümmern, sorgen (7). sie ignorieren, übersehen (16). sie bestimmen, kontrollieren, Ansprüche stellen (10).</p>	3	4+

Konfliktfoki:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
K1: Schuldkonflikt	3-	5-
K2: Unterwerfung vs. Kontrolle	3	4-

Strukturfoki:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
S1: Regulierung des Objektbezugs(Interessensausgleich)	3+	4
S2: Kommunikation nach innen (Affekte erleben)	2+	3+

8.1.2.3 Fallbezogene Einordnung des OPD-Befundes

Bei Frau B. wurde als wichtigster Konflikt der Schuldkonflikt gefunden. Dieser Konflikt bildet sich auch wesentlich in der durch das OPD erfassten Beziehungsdynamik ab.

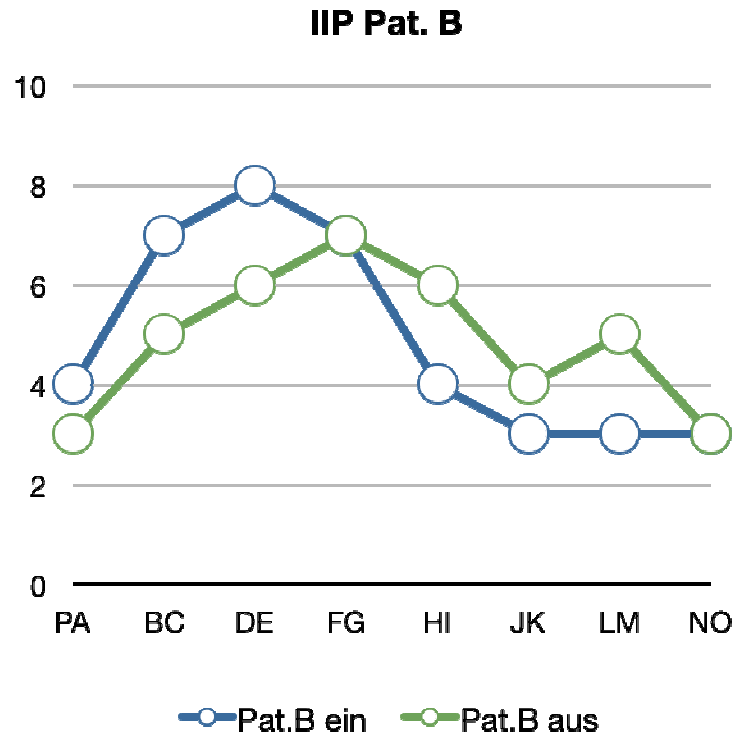
Im Bereich der Strukturachse wurde ein mässig bis geringer Wert gefunden. Die durch die HSCS gemessenen Veränderungen zeigen klar eine Verbesserung Richtung Konfliktbewältigung im Umfang von einem bis hin zu zwei Werten. Im Bereich des Beziehungsfokus (Eintritt: „vage Fokuswahrnehmung“) wurde in der Therapie die Anerkennung und Erkundung des Fokus erreicht. Im Bereich des Schuldkonfliktes konnte eine Auflösung der alten Strukturen und im Bereich des Konfliktfokus die Anerkennung ebendiesem erreicht werden. Im Strukturfokus „Regulierung des Objektbezuges“ (Interessensausgleich) konnte eine Verbesserung von zwei Werten erreicht werden (nämlich die Anerkennung und Erkundung des Fokus). Interessant ist, dass sich im zweiten Strukturfokus, der Kommunikation nach Innen (Affekte erleben), der niedrigste erreichte Wert zeigt, nämlich bei Austritt eine vage Fokuswahrnehmung.

Es könnte sein, dass sich die massive Schmerzsymptomatik im Rahmen der Migräneerkrankung der Patientin hinderlich auf die Kommunikation nach Innen auswirkt. Das massive Schmerzerleben könnte die Kommunikation nach Innen durch eine Art Reizüberlagerung verhindern.

8.1.2.4 Ergebnisse der Testung Patientin B

8.1.2.4.1 IIP

	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO
	Stanine: 1= wenig ausgeprägt 9 = stark ausgeprägt							
Pat. B ein	4	7	8	7	4	3	3	3
Pat. B aus	3	5	6	7	6	4	5	3



8.1.2.4.2 HAQ

Behandlungszeit: 46 Wochen

Erhebungsfrequenz: 0,69 Erhebungen/Woche

	Beziehungszufriedenheit Werte 6-36 je niedriger der Wert, umso höher die Zufriedenheit		Erfolgswzufriedenheit Werte 3-18 je niedriger der Wert, umso höher die Zufriedenheit	
	Patient	Therapeut	Patient	Therapeut
Z1 Eintritt	11	13	15	8
Z2	12	9	16	9
Z3	15	10	16	8
Z4	12	11	15	7
Z5	12	11	16	8
Z6	12	12	15	10
Z7	12	11	17	8
Z8	9	10	17	7
Z9	10	12	12	7
Z10	9	12	14	6

Z11	11	13	7	11
Z12	10	0	17	0
Z13	10	12	13	9
Z14	9	12	9	10
Z15	7	0	13	0
Z16	8	11	12	7
Z17	12	0	13	0
Z18	8	14	13	7
Z19	13	11	13	7
Z20	12	11	13	11
Z21	11	0	11	0
Z22	11	12	10	13
Z23	9	12	13	11
Z24	0	11	0	11
Z25	8	0	10	0
Z26	6	10	12	7
Z27	6	9	8	7
Z28	6	9	9	7
Z29	6	0	9	0
Z30	6	0	9	0
Z31	7	8	10	7
Z32Austritt	6	9	8	4

Diagramm 3

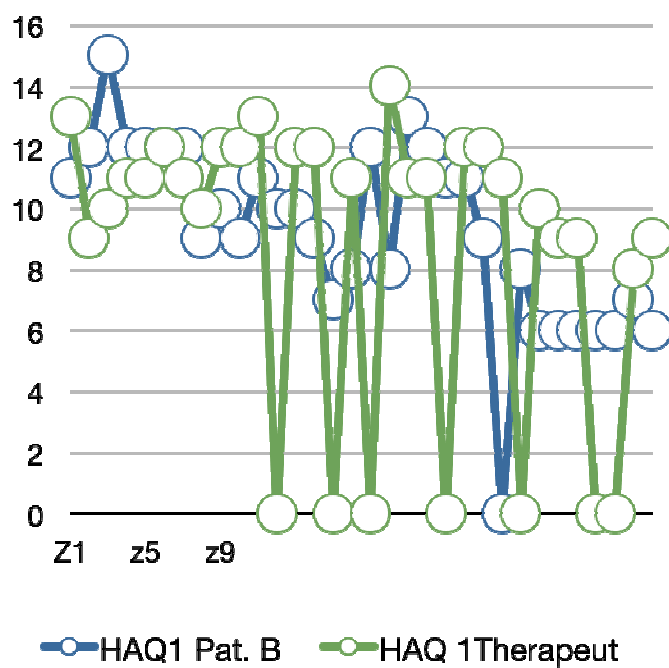
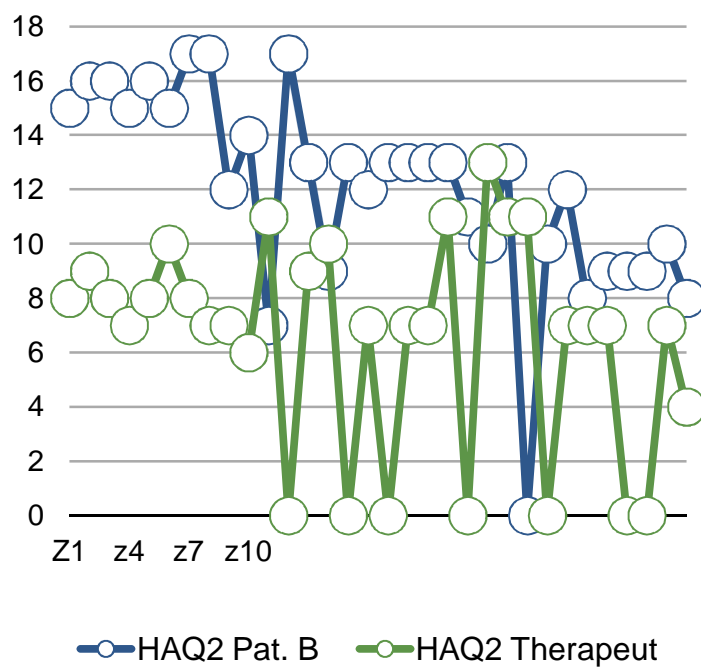


Diagramm 4



8.1.2.4.3 IPO

	IPO Primitive Abwehr max. Wert 80	IPO Indentitäts- diffusion max.Wert 105	IPO Realitäts- prüfung max.Wert 100	IPO Aggression max.Wert 90	IPO moralische Werte max.Wert 55
Patientin B Eintritt	42	61	50	28	33
Austritt	50	54	40	28	26

8.1.2.4.4 BDI, HAMA HAMD, SCL-90-R

	BDI	HAMA	HAMD	SCL-90-R GSI
Patientin B Eintritt	24	61	22	68
Austritt	17	47	21	68

8.1.2.5 Fallbezogene Einordnung der Testbefunde

Im IIP zeigen die Werte eine Veränderung Richtung Normstichprobe. Im HAQ liegt die Beziehungs- und Erfolgszufriedenheit von Patientin und Therapeut analog über den ganzen Verlauf in einem mittlern bis hohen Bereich, dies bei einer hohen Abwesenheit des Therapeuten.

Die Erfolgszufriedenheit war im Verlauf durchgehend niedriger als die des Therapeuten. Möglicherweise war es der Patientin aufgrund des erfassten Schuldkonfliktes nicht möglich, Unzufriedenheit zu äussern.

Der IPO weist Werte im mittleren Bereich auf. Eine leichte Verbesserung konnte bei Austritt abgebildet werden.

Im Bereich der Symptome zeigt sich geringe Veränderung. Besonders eindrücklich ist die hohe Belastung durch Ängste (HAMA) am Beginn der Behandlung. Der GSI blieb unverändert BDI und HAMA zeigen eine Verbesserung, bilden jedoch bei Austritt weiterhin eine deutliche Belastung ab. In der Fremdeinschätzung wird eine geringfügige Verbesserung von einem Wert erhoben.

Es ist möglich, dass sich hier der Einfluss der Schmerzsymptomatik zeigt. In der weiteren Verlaufsstudie sollte die Bedeutung des Schmerzes für die Veränderung der Belastung durch Symptome in einem Therapieverlauf untersucht werden. Weiter könnte es sein, dass sich bei Schmerzpatienten ein übereinstimmender Strukturtypus Richtung Kommunikation nach Innen gefunden werden kann.

Die Frage wäre dann, ob mögliche niedrige Werte von Schmerzpatienten im Bereich der Strukturintegration gleichbedeutend sind mit eben solchen niedrigen Werten von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im Sinne einer strukturellen Störung, oder ob es sich bei der Schmerzsymptomatik aufgrund der massiven Wirkung des Schmerzerlebens um ein ausserordentliches Symptom handelt, dass möglicherweise eine strukturelle Schwächung bei vor der Erkrankung gut integrierten Patienten bewirken kann.

8.1.3 Patientin C

8.1.3.1 Fallvignette

Frau C. (zwischen 40 und 50 Jahre alt) kam aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung und einer somatoformen Schmerzstörung zur Behandlung in die Tagesklinik.

Die Patientin war eine sehr gepflegte, sehr schnell und laut sprechende Erscheinung. Im Kontakt imponierte ihre hohe Nervosität und die Schwierigkeit die Grenzen der Mitpatienten, etwa bei Gesprächen, adäquat zu wahren.

Frau C. stammte aus einer sehr religiösen Familie aus Nordfrankreich. Ihre Kindheit wurde durch die rigide Befolgung der moralischen Regeln des Katholizismus und körperlicher Gewalt durch die Eltern geprägt. Die Patientin schaffte es trotz einer schweren Vergewaltigung in ihrer Jugend und ohne familiäre Unterstützung sich ein selbständiges Leben aufzubauen und ein Hochschulstudium abzuschliessen.

Es war ihr jedoch nicht möglich, Partnerschaften über einen längeren Zeitraum zu führen. Häufig liess sich die Patientin in Beziehungen ausnutzen. Dies hatte für sie im finanziellen Bereich verheerende Folgen. Bei Eintritt in die Tagesklinik war die Patientin von ihrem zweiten Ehemann seit 8 Jahren geschieden und sorgte alleine für den 10jährigen Sohn. Bis zu jener depressiven Episode, die zur Behandlung führte, war die Patientin in einer Vollzeitanstellung als Übersetzerin tätig.

8.1.3.2 Ergebnisse des OPD-Ratings

8.1.3.2.1 Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzung

Sehr schwere (4) Symptomatik, bestehend seit mehr als 10 Jahren.

Sehr hoher Leidensdruck (4), dabei Darstellung körperlicher Beschwerden mittelgradig (2), psychischer Beschwerden hoch (3), sozialer Probleme mittelgradig (2).

Krankheitskonzept nicht (0) an somatischen Faktoren orientiert, an psychischen Faktoren hoch (3), an sozialen Faktoren sehr hoch (4) orientiert.

Gewünschte Behandlung körperlich mittelgradig (2), psychotherapeutisch hoch (3), im sozialen Bereich gering (1).

Veränderungsressourcen: mittelgradige (2) persönliche Ressourcen, geringe (1) soziale Unterstützung.

Veränderungshemmnisse: kaum (0) äussere, mittelgradige (2) innere.

Veränderungskonzepte hohe (3) Orientierung an Symptomreduktion. Veränderungskonzept an reflektierend-motivklärenden Ansatz orientiert gering (1), am emotionalen-supportiven Ansatz hoch (3), am aktiv-anleitendem Ansatz kaum (0).

Veränderungsressourcen: Offenheit mittelgradig (2); Veränderungshemmnisse: kein (0) sekundärer Krankheitsgewinn.

8.1.3.2.2 Beziehungssachse

Perspektive A: Das Erleben der Patientin	
<p>Die Patientin erlebt sich immer wieder so, dass</p> <p>sie sich um andere besonders kümmert, sorgt (7). sie harmonisiert, Aggressionen vermeidet (6). sie anpasst, sich zurücknimmt, aufgibt (26).</p>	<p>Die Patientin erlebt andere immer wieder so, dass sie</p> <p>sie angreifen (14). sie klein machen, beschämen (11). sie bestimmen, kontrollieren, Ansprüche stellen (10).</p>
Perspektive B: Das Erleben der Anderen (auch des Untersuchers)	
<p>Anderer erleben sich gegenüber der Patientin immer wieder so, dass</p> <p>sie sie übersehen, ignorieren (16). sie beschuldigen (12). sie sich zurückziehen, abschotten, weggehen (32).</p>	<p>Anderer erleben, dass die Patientin immer wieder</p> <p>sich entschuldigt, Vorwürfe vermeidet (4). wenig Freiraum lässt, sich einmischt (9). trotz, sich widersetzt (18).</p>

8.1.3.2.3 Konfliktachse

		nicht vorhanden	wenig bedeutsam	bedeut sam	sehr bedeut sam	nicht beurteil bar
1	Individuation vs. Abhängigkeit		X			
2	Unterwerfung vs. Kontrolle				X	
3	Versorgung vs. Autarkie			X		
4	Selbstwertkonflikt			X		
5	Schuldkonflikt			X		
6	Ödipaler Konflikt			X		
7	Identitätskonflikt		X			

Hauptkonflikt: 2	zweitwichtigster Konflikt: 3				
Modus der Verarbeitung des Hauptkonfliktes	vorwiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vorwiegend passiv	nicht beurteilbar
			X		

8.1.3.2.4 Strukturachse

	gut		mässig		gering		des inte griert	nicht beur teilbar
	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	9
1a Selbstwahrnehmung			X					
1b Objektwahrnehmung			X					
2a Selbstregulierung				X				
2b Regulierung Objektbezug			X					
3a Kommunikation nach innen			X					
3b Kommunikation nach aussen			X					
4a Bindung an innere Objekte			X					
4b Bindung äussere Objekte			X					
5 Struktur gesamt			X					

8.1.3.2.5 HSCS-Foki

Die grundsätzliche therapeutische Arbeit ist bei dieser Patientin gemischt struktur/konfliktbezogen.

Beziehungsfokus:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
<p>Die Patientin erlebt sich immer wieder so, dass sie sich um andere besonders kümmert, sorgt (7). sie harmonisiert, Aggressionen vermeidet (6). sich anpasst, sich zurücknimmt, aufgibt (26).</p> <p>Die Patientin erlebt andere immer wieder so, dass sie sie angreifen (14). sie klein machen, beschämen (11). sie bestimmen, kontrollieren, Ansprüche stellen (10).</p> <p>Andere erleben, dass die Patientin immer wieder sich entschuldigt, Vorwürfe vermeidet (4). wenig Freiraum lässt, sich einmischt (9). trotzt, sich widersetzt (18).</p> <p>Andere erleben sich gegenüber der Patientin immer wieder so, dass sie sie übersehen, ignorieren (16). sie beschuldigen (12). sie sich zurückziehen, abschotten, weggehen (32).</p>	2	4-

Konfliktfoki:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
K1: Unterwerfung vs. Kontrolle	2	4-
K2: Versorgung vs. Autarkie	2-	3

Strukturfoki:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
S1: Regulierung des Objektbezugs (Antizipation)	2	3+
S2: Selbstwahrnehmung (Affektdifferenzierung)	2	4-

8.1.3.3 Fallbezogene Einordnung des OPD-Befundes

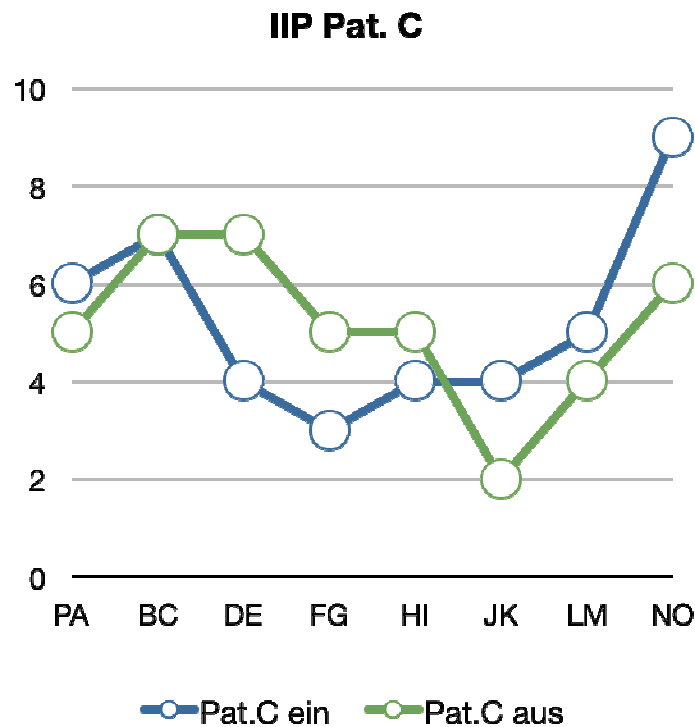
Im OPD wurden als wichtigster Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle, als zweitwichtigster Versorgung vs. Autarkie bei einer mässig integrierten Struktur gefunden. In der Beziehungsdynamik kommen diese beiden Konflikte und die übrigen als bedeutsam gefundenen Konflikte zum Tragen: der Selbstwert-, Schuld-, und ödipale Konflikt.

Auf der HSCS konnte eine deutliche Verbesserung festgestellt werden. Bei Eintritt lagen die definierten Foki auf der Stufe 2, der ungewollten Beschäftigung mit dem Fokus. Bei Austritt erreichte die Patientin die Stufe 3 bis 4, die vage Fokuswahrnehmung bis hin zur Anerkennung und Erkundung des Fokus.

8.1.3.4 Ergebnisse der Testung Patientin C

8.1.3.4.1 IIP

	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO
	Stanine: 1= wenig ausgeprägt 9 = stark ausgeprägt							
Pat. C ein	6	7	4	3	4	4	5	9
Pat. C aus	5	7	7	5	5	2	4	6



8.1.3.4.2 HAQ

Behandlungszeit: 13 Wochen

Erhebungsfrequenz: 0,69 Erhebungen/Woche

	Beziehungszufriedenheit Werte 6-36 je niedriger der Wert, umso höher die Zufriedenheit		Erfolgswufriedenheit Werte 3-18 je niedriger der Wert, umso höher die Zufriedenheit	
	Patient	Therapeut	Patient	Therapeut
Z1 Eintritt	10	12	11	11
Z2	8	13	13	11
Z3	8	13	14	11
Z4	8	13	12	11
Z5	7	13	14	11
Z6	7	14	14	11
Z7	7	15	13	11
Z8	0	16	0	12
Z9/Austritt	8	0	15	0

Diagramm 6

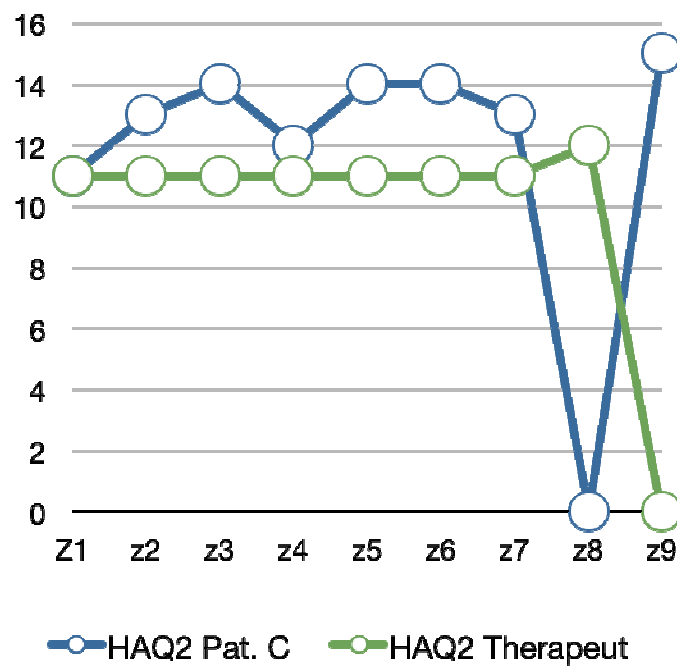
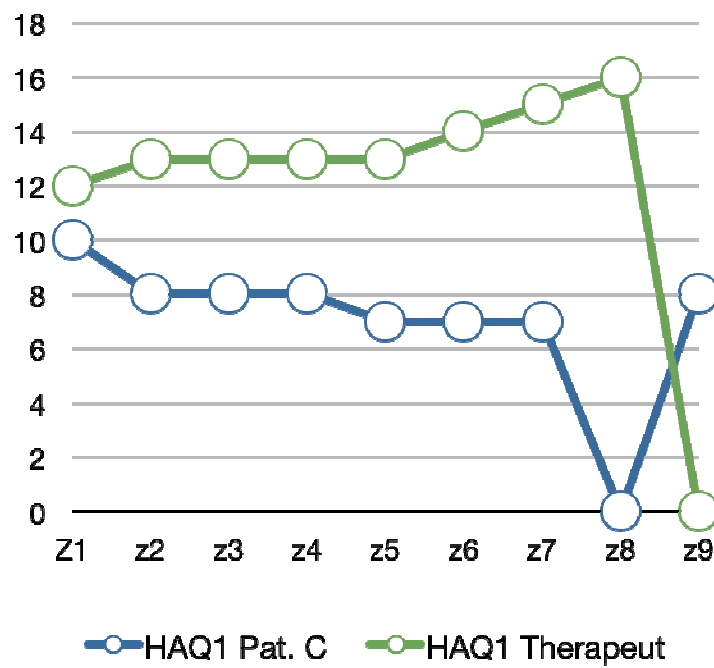


Diagramm 5



8.1.3.4.3 IPO

	IPO Primitive Abwehr max. Wert 80	IPO Identitäts- diffusion max. Wert 105	IPO Realitäts- prüfung max. Wert 100	IPO Aggression max. Wert 90	IPO moralische Werte max. Wert 55
Patientin C Eintritt	52	71	44	23	24
Austritt	41	48	38	24	19

8.1.3.4.4 BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R

	BDI	HAMA	HAMD	SCL-90-R GSI
Patientin C Eintritt	34	28	14	76
Austritt	24	12	6	71

8.1.3.5 Fallbezogene Einordnung der Testbefunde

Die Behandlungszeit der Patientin betrug 13 Wochen.

Der IIP zeigt bei Austritt eine Tendenz zur Normstichprobe. Der Wert NO (Expressivität) zeigt die höchste Veränderung von 9 auf 6. Wert JK (ausnutzbar/nachgiebig) eine Verringerung von 4 auf 2. Der Wert FG (introvertiert/ sozial vermeidend) zeigt eine Zunahme von 3 auf 5, sowie der Wert DE eine Zunahme von 4 auf 7. Dies ist im Falle von Frau C. als Therapieerfolg zu werten. Wie in der Fallvignette geschildert zeigte Frau C. ein klinisches Bild, welches von zu starker Expressivität geprägt war. Sie zeigte grenzüberschreitendes Verhalten, überschritt oftmals die Grenze Anderer. Die Zunahme der Werte FG und DE weisen darauf hin, dass es der Patientin bei Ende der Therapie besser gelang Grenzen einzuhalten.

Im HAQ entwickeln sich die Werte von Therapeut und Patientin bis kurz vor Austritt parallel. Die Beziehungszufriedenheit liegt auf einem mittleren Niveau, wobei die Werte des Therapeuten einem mittleren Wert entsprechen mit einer leichten Verschlechterung zum Ende der Therapie. Die Werte der Patientin verändern sich mit einer leichten Verbesserung zum Ende der Therapie.

Bei der Erfolgszufriedenheit zeigten sich sowohl beim Therapeuten als auch bei der Patientin mittlere Werte. Hier allerdings war der Therapeut zufriedener als die Patientin.

Im Bereich des IPO gingen die Werte deutlich zurück. Im Bereich der Identitätsdiffusion ist der Rückgang am deutlichsten um den Wert 23.

BDI, HAMA und HAMD weisen eine deutliche Abnahme der Symptome nach, während die GSI nur eine geringe Abnahme der globalen Belastung zeigt. Der Wert des BDI zeigt aber weiterhin eine signifikante Belastung durch depressive Symptome.

8.1.4 Patient D

8.1.4.1 Fallvignette

Herr D. (zwischen 40 und 50 Jahre alt) kam aufgrund einer dritten schweren depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung, Dysthymie und dem Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung zur Behandlung in die Tagesklinik.

Der Patient trat in der Tagesklinik sehr selbstbewusst auf. Er nahm viel Raum ein und verstand es, Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Sein Erscheinungsbild war durch Gegensätzlichkeit geprägt. Beispielsweise trug er sehr teure Kleidung, die jedoch ungepflegt und oft schmutzig war.

Der Behandlung in der Tagesklinik waren drei jeweils mehrmonatige stationäre Aufenthalte in verschiedenen Institutionen vorausgegangen. Insgesamt dauerte die aktuelle Behandlungsepisode des Patienten bereits zwei Jahre an. Der Patient stabilisierte sich im stationären Setting. Die erreichten Therapieerfolge konnten jedoch dann nicht in die Alltagssituation transferiert werden und es erfolgte eine neuerliche Destabilisierung des Zustandes.

Die Alltagssituation des Patienten war durch Einsamkeit und soziale Isolation geprägt. Der studierte Ingenieur führte darüber hinaus einen mehrjährigen Rechtsstreit mit einem ehemaligen Arbeitgeber.

In der Vorgeschichte fiel bei blander Familienanamnese eine deutliche Verzögerung des Abschlusses seines Studiums auf, darüber hinaus war Herrn D. der Eintritt in die Berufstätigkeit nicht gelungen.

8.1.4.2 Ergebnisse des OPD-Ratings

8.1.4.2.1 Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzung

Mittelgradige Schwere (2) der Symptomatik. Dauer der Erkrankung mehr als 10 Jahre
Mittelgradiger (2) Leidensdruck. Darstellung körperliche, psychische und soziale Schwierigkeiten mittelgradig (2)
Krankheitskonzept des Patienten sehr hoch (4) an somatische Faktoren, mittelgradig (2) an psychischen und sozialen Faktoren orientiert.
Gewünschte Behandlungsform: hoch (3) körperliche Behandlung, mittelgradig (2) psychotherapeutische Behandlung und Unterstützung im sozialen Bereich.
Mittelgradige (2) persönliche Ressourcen und soziale Unterstützung.
Keine äusseren (0) Veränderungshemmnisse, mittelgradige (2) innere Veränderungshemmnisse.
Veränderungskonzepte sehr hoch (4) an Symptomreduktion orientiert, dabei gering (1) reflektierend-motivklärenden, hoch (3) emotional-supportive, gering (1) aktiv-anleitend.
Veränderungsressourcen mittelgradige (2) Offenheit, Veränderungshemmnisse mittelgradig (2) ausgeprägter sekundärer Krankheitsgewinn.

8.1.4.2.2 Beziehungssachse

Perspektive A: Das Erleben des Patienten

Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er sich um andere besonders kümmert, sorgt (7). er viel Freiraum/Selbständigkeit für sich beansprucht (17). er sich zurückzieht, abschottet, weggeht (32).

Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie ihn klein machen, beschämen (11). sich verschliessen/flüchten, wenn er Zuneigung zeigt (29). sich zurückziehen, abschotten, weggehen (32)

Perspektive B: Das Erleben der Anderen (auch des Untersuchers)

Andere erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass sie sich besonders um ihn kümmern, sorgen (7). sie ihm trotzen, sich ihm widersetzen (18). sich zurückziehen, abschotten, weggehen (32).

Andere erleben, dass der Patient immer wieder bestimmt, kontrolliert, Ansprüche stellt (10). klein macht, entwertet, beschämt (11). sich zurückzieht, abschottet, weggeht (32).

8.1.4.2.3 Konfliktachse

		nicht vor handen	wenig bedeutsam	be deutsam	sehr bedeut sam	nicht beurteil bar
1	Individuation vs. Abhängigkeit		X			
2	Unterwerfung vs. Kontrolle			X		
3	Versorgung vs. Autarkie				X	
4	Selbstwertkonflikt			X		
5	Schuldkonflikt	X				
6	Ödipaler Konflikt	X				
7	Identitätskonflikt	X				

Hauptkonflikt: 3	zweitwichtigster Konflikt: 4				
Modus der Verarbeitung des Hauptkonfliktes	vorwiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vorwiegend passiv	nicht beurteilbar
		X			

8.1.4.2.4 Strukturachse

	gut		mässig		gering		des-integriert	nicht beurteilbar
	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	9
1a Selbstwahrnehmung			X					
1b Objektwahrnehmung				X				
2a Selbst-regulierung			X					
2b Regulierung Objektbezug				X				
3a Kommunikation nach innen				X				
3b Kommunikation nach aussen				X				
4a Bindung an innere Objekte				X				
4b Bindung äussere Objekte					X			
5 Struktur gesamt				X				

8.1.4.2.5 HSCS-Foki

Die grundsätzliche therapeutische Arbeit ist bei diesem Patienten gemischt struktur/konfliktbezogen.

Beziehungsfokus:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
<p>Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er sich um andere besonders kümmert, sorgt (7). er viel Freiraum/Selbständigkeit für sich beansprucht (17). er sich zurückzieht, abschottet, weggeht (32).</p> <p>Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie ihn klein machen, beschämen (11). sich verschliessen/flüchten, wenn er Zuneigung zeigt (29). sich zurückziehen, abschotten, weggehen (32).</p> <p>Andere erleben, dass der Patient immer wieder bestimmt, kontrolliert, Ansprüche stellt (10). klein macht, entwertet, beschämt (11). sich zurückzieht, abschottet, weggeht (32).</p> <p>Andere erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass sie sich besonders um ihn kümmern, sorgen (7). sie ihm trotzen, sich ihm widersetzen (18). sich zurückziehen, abschotten, weggehen (32).</p>	3-	-

Konfliktfoki:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
K1: Autarkie vs. Versorgung	2+	-
K2: Selbstwertkonflikt	2	-

Strukturfoki:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
S1: Selbststeuerung (Affekttoleranz)	2+	-
S2: Bindung aussen (Hilfe annehmen)	2	-

8.1.4.3 Fallbezogene Einordnung der OPD-Befunde

Bei Herrn D. liegen leider keine Vergleichswerte vom Zustand bei Eintritt vs. Austritt vor, da der Patient die Therapie aufgrund therapieschädigendes Verhalten abgebrochen werden musste.

Die Erfassung der Patienten, die die Therapie in der Tagesklinik abbrechen, ist eine wichtige Aufgabe der Verlaufsstudie. Deshalb wurden für das vorliegende Pilotprojekt die Werte des Patienten D miteinbezogen.

Bei geringer bis mässig integrierter Struktur wurde als Hauptkonflikt Versorgung vs. Autarkie und als zweitwichtigster Konflikt der Selbstwertkonflikt gefunden.

Die Beziehungsdynamik wird durch die Diskrepanz zwischen dem Erleben des Patienten seiner selbst und dem Erleben der Anderen des Patienten geprägt. Der Patient erlebt sich so, dass er sich besonders kümmert, Andere erleben ihn so, dass er beschämt, entwertet, klein macht. In beiden Perspektiven spielt der Rückzug des Patienten eine Rolle.

In der HSCS wurde für die Konflikt- und Strukturfoki ein Wert von 2 (ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus) gefunden.

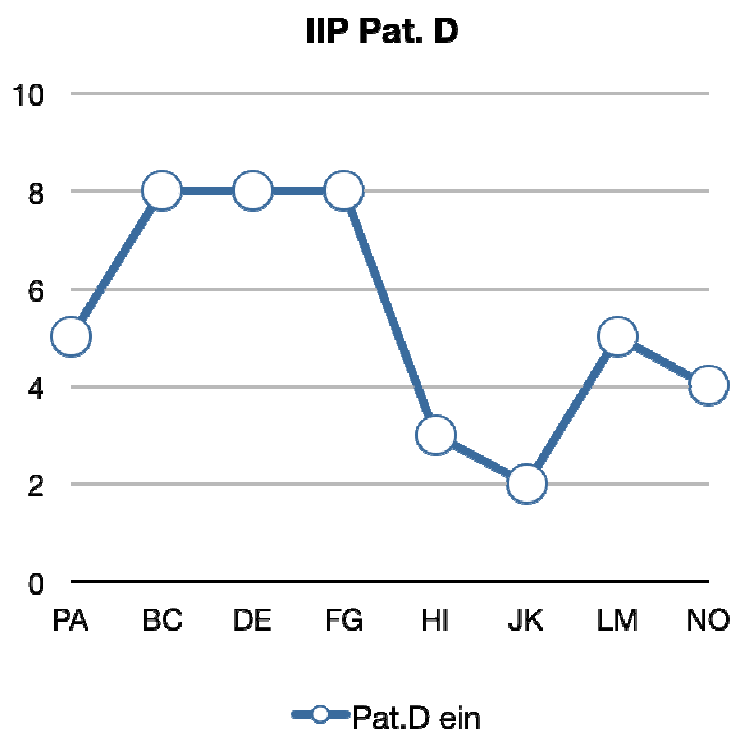
Interessanterweise wurde für den Beziehungsfokus die Stufe 3 gefunden: die vage Fokuswahrnehmung.

Es stellt sich die Frage, ob der Therapieabbruch des Patienten eine Übertragung der Beziehungsdynamik auf die therapeutische Beziehung darstellt.

8.1.4.4 Ergebnisse der Testung Patient D

8.1.4.4.1 IIP

	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO
	Stanine: 1= wenig ausgeprägt 9 = stark ausgeprägt							
Pat. D ein	5	8	8	8	3	2	5	4
Abbruch	-	-	-	-	-	-	-	-



8.1.4.4.2 HAQ

Behandlungszeit: 13 Wochen
Erhebungsfrequenz: 0,8 Erhebungen/Woche

	Beziehungszufriedenheit Werte 6-36 je niedriger der Wert, umso höher die Zufriedenheit		Erfolgswufriedenheit Werte 3-18 je niedriger der Wert, umso höher die Zufriedenheit	
	Patient	Therapeut	Patient	Therapeut
Z1 Eintritt	13	0	8	0
Z2	15	0	9	0
Z3	16	0	10	0
Z4	14	19	10	9
Z5	0	19	0	10
Z6	13	33	10	10
Z7	17	24	11	11
Z8	0	19	0	10
Z9	0	18	0	11
Z10	25	17	16	10
Z11	36	27	18	13
Z12 Austritt	Abbruch	Abbruch	Abbruch	Abbruch

Diagramm 7

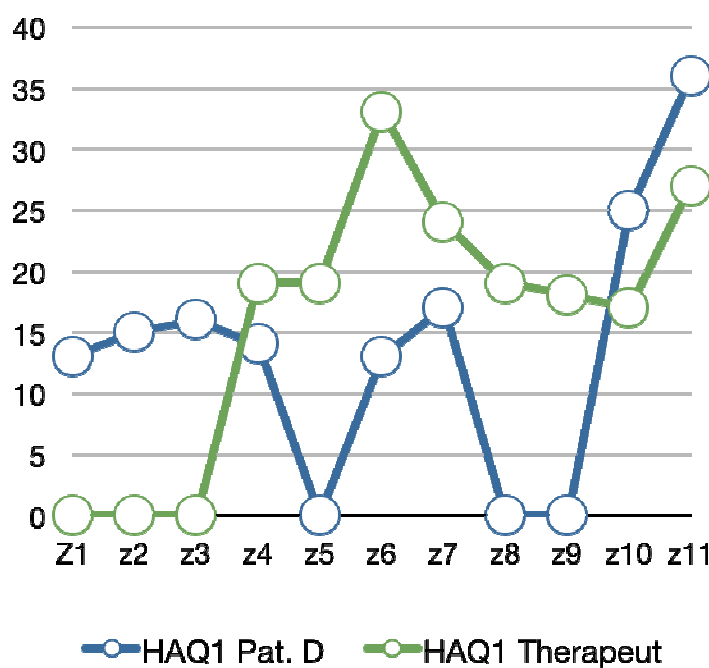
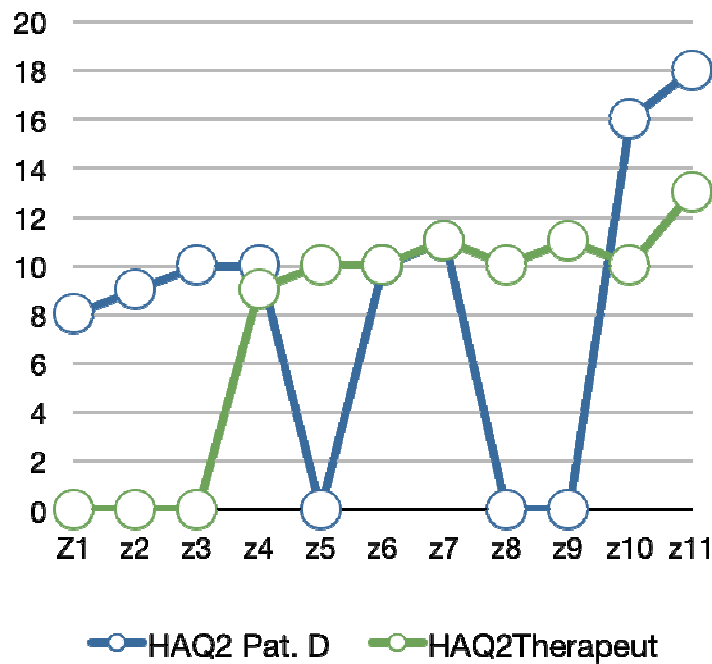


Diagramm 8



8.1.4.4.3 IPO

	IPO Primitive Abwehr max. Wert 80	IPO Indentitäts- diffusion max.Wert 105	IPO Realitäts- prüfung max.Wert 100	IPO Aggression max.Wert 90	IPO moralische Werte max.Wert 55
Patient D Eintritt	38	41	28	22	26
Austritt	-	-	-	-	-

8.1.4.4.4 BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R

	BDI	HAMA	HAMD	SCL-90 GSI
Patient D Eintritt	15	14	7	64
Austritt	-	-	-	-

8.1.4.5 Fallbezogene Einordnung der Testbefunde

Die Behandlung von Herrn D dauerte 13 Wochen. Im IIP zeigte der Patient für die Skala JK (ausnutzbar/nachgiebig; Angst, andere zu verletzen) eine geringe Ausprägung (2; weissen 7% der Normstichprobe auf). Die Werte BC (streitsüchtig/ konkurrierend), DE (abweisend/kalt), FG (introvertiert/ sozial vermeidend/ Angst und Scheu vor anderen Menschen) waren eher stark ausgeprägt (8; weissen 7% der Normstichprobe auf). Die weiteren Werte liegen annähernd bzw. im Normbereich.

Im HAQ zeigt sich am Beginn der Therapie eine Abwesenheit (z1-3) des Therapeuten. Trotzdem kann für den Patienten eine mittlere Beziehungszufriedenheit gemessen werden. Es stellt sich die Frage, ob diese Diskrepanz dadurch zu erklären ist, dass der Patient hohes problematisches Verhalten zeigt (IIP) welches bei Abwesenheit des Therapeuten keine Wechselwirkung nach sich zieht. Weiter können sich in diesem Abschnitt der Therapie die Wünsche des Patienten bezüglich der Beziehung zum Therapeuten ohne Realitätsüberprüfung entfalten. Bei der dritten Messung nach Beginn des therapeutischen Kontaktes zeigt der Therapeut bereits eine hohe Beziehungsunzufriedenheit, während der Patient weiterhin mittelgradig mit der Beziehung zufrieden zu sein scheint.

Gegen Ende der Therapie (z10) ändert sich das Verhältnis der Zufriedenheit von Therapeut und Patient: Der Therapeut zeigt den höchsten erhobenen Zufriedenheitswert, während die Unzufriedenheit des Patienten deutlich ansteigt.

Zum letzten Messzeitpunkt zeigt der Patient einen maximalen, der Therapeut einen hohen Unzufriedenheitswert.

Die Erfolgszufriedenheit liegt bei Therapeut und Patient zunächst im mittleren Bereich. In der vorletzten Erhebung steigt die Unzufriedenheit des Patienten deutlich an und erreicht bei der letzten Erhebung den maximalen Wert. Die Erfolgszufriedenheit des Therapeuten sinkt im Vergleich zum Patienten deutlich moderater.

Der IPO zeigt hohe Werte für die Skala der Primitiven Abwehr. Die übrigen Werte liegen im unteren Drittel (Realitätsprüfung, Aggression, moralische Werte) bzw. der unteren Hälfte (Identitätsdiffusion) der maximal erreichbaren Werte.

BDI, HAMA und GSI zeigen eine leichte Belastung durch Symptome, während der HAMD keine Belastung erfasst.

8.1.5 Patient E

8.1.5.1 Fallvignette

Herr E. (zwischen 20 und 30 Jahren alt) kam aufgrund einer depressiven Symptomatik im Rahmen einer Anpassungsstörung in die Tagesklinik.

Der Patient war in seiner Erscheinung gepflegt, im Auftreten zurückhaltend und höflich. Eindrücklich war die grosse Traurigkeit, die den Patienten bei Eintritt umgab.

Auslöser der Anpassungsstörung des ausgebildeten Architekten war die Geburt des ersten Sohnes. Der Patient erkannte bei der Geburt, dass er nicht mit seiner Frau zusammen bleiben wollte. Dies führte zur Trennung des Paares und massiven Vorwürfen der Familie gegenüber den Patienten. Als stabilisierend erlebte der Patient die Beziehung zu seinem Sohn, der bei der Mutter lebte, um den sich jedoch der Patient sehr bemühte und kümmerte.

Herr E.s eigene Kindheit in der Schweiz war durch hohen familiären Leistungsdruck vor dem Hintergrund der Migrationsbiographie der Eltern geprägt (Vater stammte aus Spanien, Mutter aus Dänemark).

8.1.5.2 Ergebnisse des OPD-Ratings

8.1.5.2.1 Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzungen

Die Störung besteht seit 6 bis 24 Monaten, bei einer hoch (3) ausgeprägten Symptomatik. Das Krankheitserleben wird durch hohen (3) Leidensdruck geprägt. Die Darstellung körperlicher Beschwerden ist gering (1), die psychischer und sozialer Beschwerden hoch (3).

Die Behandlungsform ist mittelgradig (2) an ein somatisches Krankheitskonzept orientiert, hoch (3) an ein psychisches und mittelgradig (2) an ein soziales Krankheitskonzept orientiert.

Die Behandlungsform ist mittelgradig (2) körperlich orientiert, hoch (3) psychotherapeutisch und gering (1) am sozialen Bereich (1).

Die Veränderungsressourcen sind durch hohe (3) persönliche Ressourcen und hohe (3) soziale Unterstützung geprägt.

Die Veränderungshemmnisse sind durch keine (0) äussere und geringe (1) innere Veränderungshemmnisse geprägt.

Die Veränderungskonzepte sind hoch (3) an Symptomreduktion orientiert. Mit hoher (3) Ausprägung an einem reflektierend-motivklärendem und emotional-supportivem Ansatz.

Die Veränderungsressourcen sind durch sehr hohe (4) Offenheit und die Veränderungshemmnisse durch geringen (1) sekundären Krankheitsgewinn geprägt.

8.1.5.2.2 Beziehungssachse

Perspektive A: Das Erleben des Patienten

Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er sich um andere besonders kümmert, sorgt (7).
er sich zurückzieht, abschottet, weggeht (32).

Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie sich ihm aufdrängen, taktlos sind (8).
ihn vernachlässigen, ihn im Stich lassen (15).

Perspektive B: Das Erleben der Anderen (auch des Untersuchers)

Andere erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass ihm Vorwürfe machen/ihn beschuldigen (12).
sich zurückziehen, abschotten, weggehen (32).

Andere erleben, dass der Patient immer wieder Eigenständigkeit vermeidet, Anleitung sucht (25).
sich zurückzieht, abschottet, weggeht (32).

8.1.5.2.3 Konfliktachse

		nicht vorhanden	wenig bedeutsam	bedeutsam	sehr bedeutsam	nicht beurteil- bar
1	Individuation vs. Abhängigkeit		X			
2	Unterwerfung vs. Kontrolle				X	
3	Versorgung vs. Autarkie			X		
4	Selbstwertkonflikt		X			
5	Schuldkonflikt	X				
6	Ödipaler Konflikt		X			
7	Identitätskonflikt		X			

Hauptkonflikt: 2	Zweitwichtigster Konflikt: 3				
Modus der Verarbeitung des Hauptkonfliktes	vor- wiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vor- wiegend passiv	nicht be- urteilbar
			X		

8.1.5.2.4 Strukturachse

	gut		mässig		gering		des- inte- griert	nicht beur- teilbar
	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	9
1a Selbst- wahrnehmung		X						
1b Objekt- wahrnehmung			X					

2a Selbst-regulierung			X					
2b Regulierung Objektbezug				X				
3a Kommunikation nach innen			X					
3b Kommunikation nach aussen				X				
4a Bindung an innere Objekte			X					
4b Bindung äussere Objekte			X					
5 Struktur gesamt			X					

8.1.5.2.5 HSCS-Foki

Die grundsätzliche therapeutische Arbeit ist bei diesem Patienten eher konfliktbezogen.

Beziehungsfokus:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er sich um andere besonders kümmert, sorgt (7). er sich zurückzieht, abschottet, weggeht (32).	2	4-
Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie sich ihm aufdrängen, taktlos sind (8). ihn vernachlässigen, ihn im Stich lassen (15).		
Andere erleben, dass der Patient immer wieder Eigenständigkeit vermeidet, Anleitung sucht (25). sich zurückzieht, abschottet, weggeht (32).		
Andere erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass ihm Vorwürfe machen/ihn beschuldigen (12). sich zurückziehen, abschotten, weggehen (32).		

Konfliktfoki:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
K1: Unterwerfung vs. Kontrolle	2+	3+
K2: Versorgung vs. Autarkie	3-	3+

Strukturfoki:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
S1: Regulierung des Objektbezugs (Selbst-Objekt-Differenzierung)	2+	4-
S2: Kommunikation nach aussen (Affektmitteilung)	2	3+

8.1.5.3 Fallbezogene Einordnung des OPD-Befundes

Bei mässig integrierter Struktur wurden als wichtigster Konflikt “Unterwerfung vs. Kontrolle” und als zweitwichtigster Konflikt “Versorgung vs. Autarkie” gefunden. Die Beziehungsdynamik bewegt sich zwischen Annäherung an Andere und Abgrenzung von Anderen.

In der HSCS nimmt die Verbesserung zwei Stufen im Bereich des Beziehungsfokus bis auf die Stufe “Anerkennung und Erkundung” ein.

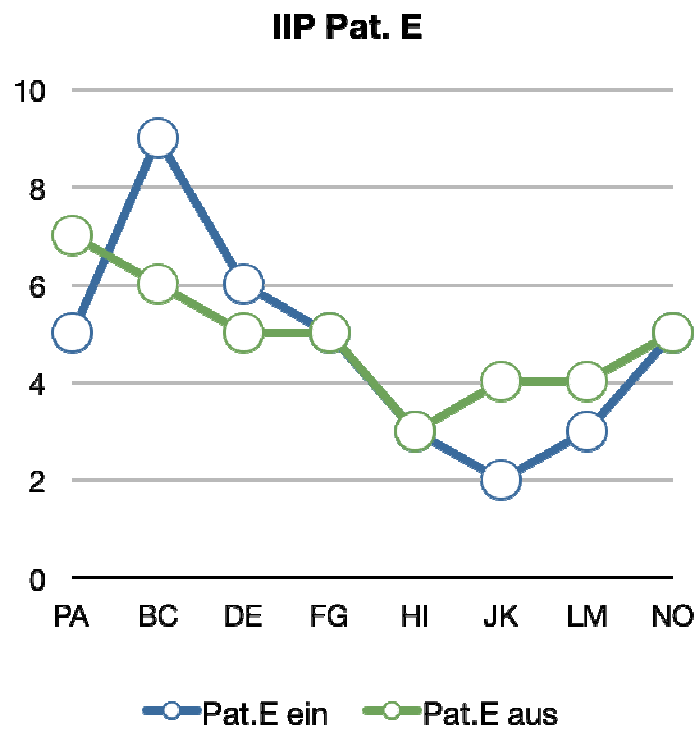
Für die Konfliktfoki kann eine Verbesserung im Bereich von einer Stufe bzw. innerhalb einer Stufe im Bereich “vage Fokuswahrnehmung” festgestellt werden.

Für die Strukturfoki kann für den Fokus “Regulierung des Objektbezuges” eine positive Veränderung von zwei Stufen auf “Anerkennung und Erkundung des Fokus” und für den Fokus “Kommunikation nach Aussen” von einer Stufe auf “vage Fokuswahrnehmung” gezeigt werden.

8.1.5.4 Ergebnisse der Testung Patient E

8.1.5.4.1 IIP

	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO
	Stanine: 1= wenig ausgeprägt 9 = stark ausgeprägt							
Pat. E ein	5	9	6	5	3	2	3	5
Pat. E aus	7	6	5	5	3	4	4	5



8.1.5.4.2 HAQ

Behandlungszeit: 25 Wochen

Erhebungsfrequenz: 0,84 Erhebungen/Woche

	Beziehungszufriedenheit Werte 6-36 je niedriger der Wert, umso höher die Zufriedenheit		Erfolgswzufriedenheit Werte 3-18 je niedriger der Wert, umso höher die Zufriedenheit	
	Patient	Therapeut	Patient	Therapeut
Z1 Eintritt	10	12	9	8
Z2	0	15	0	7
Z3	12	16	9	12
Z4	12	14	6	10
Z5	10	13	7	10
Z6	7	12	3	6
Z7	8	12	4	6
Z8	6	11	7	4
Z9	12	11	11	6
Z10	9	12	9	6
Z11	5	14	9	6
Z12	13	10	7	8
Z13	10	12	7	7
Z14	8	14	6	7
Z15	9	12	6	6
Z16	8	12	3	6
Z17	9	12	4	6
Z18	6	12	5	3
Z19	7	0	3	0
Z20	9	10	5	5
Z21 Austritt	6	11	4	3

Diagramm 9

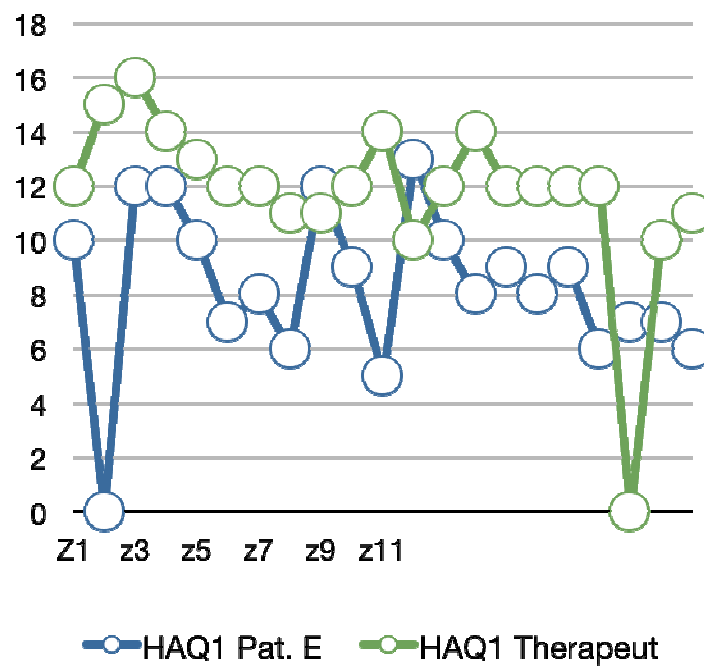
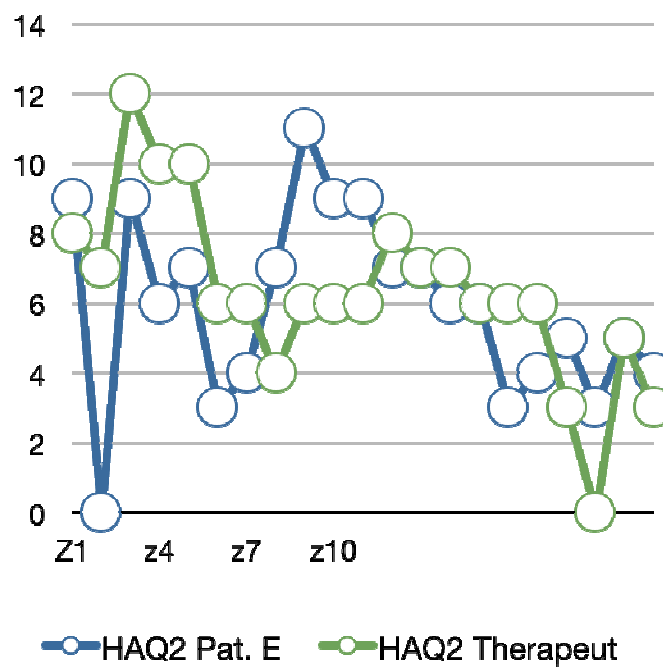


Diagramm 10



8.1.5.4.3 IPO

	IPO Primitive Abwehr max. Wert 80	IPO Indentitäts- diffusion max.Wert 105	IPO Realitäts- prüfung max.Wert 100	IPO Aggression max.Wert 90	IPO moralische Werte max.Wert 55
Patient E Eintritt	47	79	50	46	32
Austritt	24	23	21	19	15

8.1.5.4.4 BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R

	BDI	HAMA	HAMD	SCL-90-R GSI
Patient E Eintritt	21	42	21	63
Austritt	1	0	0	49

8.1.5.5 Fallbezogene Einordnung der Testergebnisse

Patient E zeigt bei einer Behandlungszeit von 25 Wochen im IIP eine Veränderung in Richtung Normstichprobe.

Besonders der Wert BC (zu streitsüchtig/konkurrierend) hat sich von einer sehr starken Ausprägung (9) in den Normbereich (6) abgeschwächt. Der Wert HI (selbstunsicher/unterwürfig) blieb niedrig (3) wenig ausgeprägt. Der Wert PA (autokratisch/dominant) hat sich von einer normalen Ausprägung zu einem Wert von 7 verstärkt.

Im Bereich des HAQ entwickeln sich die Werte von Patient und Therapeut parallel. Dabei liegen Beziehungs- und Erfolgszufriedenheit über den Verlauf in einem mittleren Bereich und erreichen vor und bei Ende der Therapie hohe Ausprägungen, mit Ausnahme der Beziehungszufriedenheit des Therapeuten, die im mittleren Bereich bleibt.

Im Bereich des IPO konnte ein hoher Rückgang der Werte zum Austritt gezeigt werden.

Die Belastung durch Symptome (BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R/GSI), welche bei Eintritt deutlich nachzuweisen war, lag bei Austritt unter den Werten von Gesunden.

8.1.6 Patientin F

8.1.6.1 Fallvignette

Frau F. (zwischen 20 und 30 Jahren alt) kam aufgrund einer depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung zur Behandlung in die Tagesklinik.

Die Patientin war eine sehr gepflegte, stets modisch gekleidete Erscheinung, die Aufmerksamkeit erregte. Im Gegensatz dazu war ihr Auftreten schüchtern.

An der aktuellen depressiven Episode erkrankte die Patientin kurz nach dem Abschluss ihres Studiums. Den Bachelor konnte sie durch die konsequente Unterstützung ihrer Freundinnen abschliessen. Der Übergang in die Berufstätigkeit gelang der Patientin jedoch nicht. Sie zog sich zunehmend zurück und verfiel in Untätigkeit.

Die Patientin war durch den frühen Tod der Eltern belastet, diese verstarben als die Patientin 13 bzw. 15jährig war im Zeitraum von zwei Jahren an unterschiedlichen Erkrankungen. Die Beziehung zum älteren Bruder, der als einzige familiäre Bezugsperson die Patientin unterstützte, brach Frau F. auf Bestreben ihres damaligen Freundes ab. Kurz vor der Entwicklung der aktuellen depressiven Episode trennte sich Frau F. von ihrem Freund und nahm die Beziehung zu ihrem Bruder wieder auf. Die Patientin fühlte sich ihrem Bruder jedoch nicht mehr so nahe wie vor dem Zerwürfnis und zog sich zunehmend zurück.

8.1.6.2 Ergebnisse des OPD-Ratings

Die Störung besteht seit 6 bis 24 Monaten bei einer hohen Schwere (3) der Symptomatik. Bei hohem Leidensdruck (3) ist die Darstellung körperlicher Beschwerden mittelgradig (2), die psychischer Beschwerden sehr hoch (4) und die sozialer Probleme gering (1). Das Krankheitskonzept ist mittelgradig (2) an somatischen Faktoren orientiert, gering (1) an psychischen und kaum (0) an sozialen Faktoren. Das Veränderungskonzept ist in hohem Ausmass (3) an einer körperlichen Behandlung orientiert, gering (1) hingegen an einer psychotherapeutischen Behandlung und kaum (0) an einer Behandlungsform im sozialen Bereich. Veränderungsressourcen: Hohe persönliche Ressourcen (3) und psychosoziale Unterstützung (3). Veränderungshemmnisse: Mittelgradige (2) äussere und hohe (3) innere Veränderungshemmnisse. Veränderungskonzepte: Orientiert an Symptomreduktion hoch (3) dabei gering (1) reflektierend-motivklärend/ konfliktorientiert, sehr hoch (4) emotional-supportiv und hoch (3) aktiv-anleitend. Veränderungsressourcen: Mittlere (2) Offenheit; Veränderungshemmnisse: sekundärer Krankheitsgewinn/ problemaufrechterhaltende Bedingungen hoch (3).

8.1.6.2.1 Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzung

8.1.6.2.2 Beziehungssachse

Perspektive A: Das Erleben der Patientin

Die Patientin erlebt sich immer wieder so, dass sie sich anpasst, zurücknimmt, aufgibt (26). harmonisiert, Aggressionen vermeidet (6).

Die Patientin erlebt andere immer wieder so, sie klein machen, entwerten, beschämen (11). ihr viel Freiraum lassen, sie allein machen lassen (1).

Perspektive B: Das Erleben der Anderen (auch des Untersuchers)

Andere erleben sich gegenüber der Patientin immer wieder so, dass sie ihr Vorwürfe machen/sie beschuldigen (12).
sich um sie besonders kümmern, sorgen (7).

Andere erleben, dass die Patientin immer wieder Eigenständigkeit vermeidet, Anleitung sucht (25).
sich klein macht, sich selbst entwertet (27).

8.1.6.2.3 Konfliktachse

		nicht vor handen	wenig be deutsam	be deut sam	sehr bedeut sam	nicht be urteilbar
1	Individuation vs. Abhängigkeit		X			
2	Unterwerfung vs. Kontrolle			X		
3	Versorgung vs. Autarkie			X		
4	Selbstwert-konflikt				X	
5	Schuldkonflikt	X				
6	Ödipaler Konflikt		X			
7	Identitätskonflikt	X				

Hauptkonflikt: 4	Zweitwichtigster Konflikt: 3				
Modus der Verarbeitung des Hauptkonfliktes	vor- wiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vor- wiegend passiv	nicht be- urteilbar
				X	

8.1.6.2.4 Strukturachse

	gut		mässig		gering		des- inte- griert	nicht beur- teilbar
	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	9
1a Selbst- wahrnehmung			X					
1b Objekt- wahrnehmung		X						
2a Selbst-regulierung			X					
2b Regulierung Objektbezug		X						
3a Kommunikation nach innen			X					
3b Kommunikation nach aussen			X					
4a Bindung an innere Objekte			X					
4b Bindung äussere Objekte			X					
5 Struktur gesamt			X					

8.1.6.2.5 HSCS-Foki

Die grundsätzliche therapeutische Arbeit ist bei dieser Patientin deutlich konfliktbezogen.

Beziehungsfokus:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
<p>Die Patientin erlebt sich immer wieder so, dass sie sich anpasst, zurücknimmt, aufgibt (26). harmonisiert, Aggressionen vermeidet (6).</p> <p>Die Patientin erlebt andere immer wieder so, dass sie sie klein machen, entwerten, beschämen (11). ihr viel Freiraum lassen, sie allein machen lassen (1).</p> <p>Anderer erleben, dass die Patientin immer wieder Eigenständigkeit vermeidet, Anleitung sucht (25). sich klein macht, sich selbst entwertet (27).</p> <p>Anderer erleben sich gegenüber der Patientin immer wieder so, dass sie ihre Vorwürfe machen/sie beschuldigen (12). sich um sie besonders kümmern, sorgen (7).</p>	2-	3-

Konfliktfoki:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
K1: Selbstwert	3-	3+
K2: Versorgung vs. Autarkie	2+	3-

Strukturfoki:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
S1: Selbstwahrnehmung (Selbstreflexion)	2+	3-
S2: Selbstwahrnehmung (Affektdifferenzierung)	2-	2

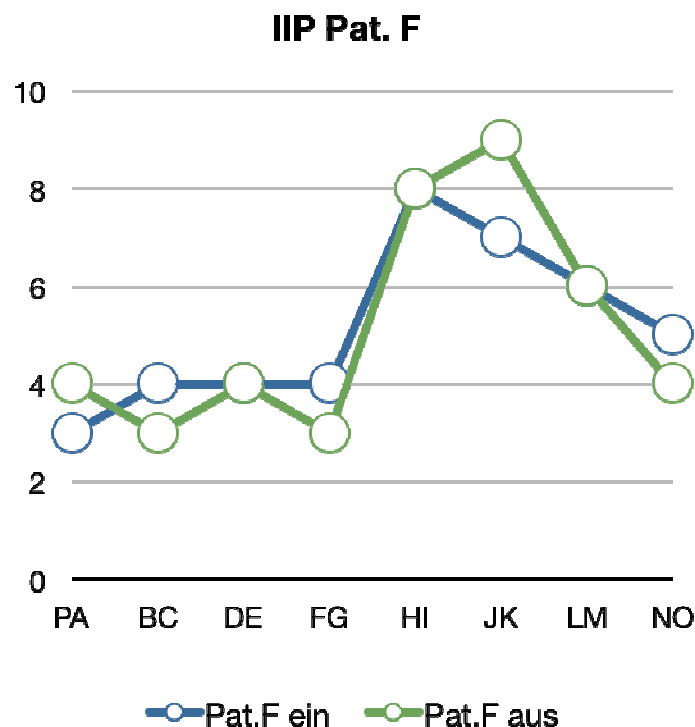
8.1.6.3 Fallbezogene Einordnung der OPD-Befunde

Bei mässig integrierter Struktur wurden Hauptkonflikt der Selbstwertkonflikt und als zweitwichtigster Konflikt Versorgung vs. Autarkie gefunden. Die in der Beziehungsachse erfasste Beziehungsdynamik wird von Nähe und Zuwendung vs. Distanz und Aggression charakterisiert. Die in der HSCS erfasste Veränderung ist gering. Nur im Beziehungsfokus ist eine deutliche Veränderung um eine Stufe auf vage Fokuswahrnehmung (3) ab zu bilden. Dies bedeutet, dass nur ein geringer bis kein Therapieerfolg erfasst werden kann.

8.1.6.4 Ergebnisse der Testung Patientin F

8.1.6.4.1 IIP

	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO
	Stanine: 1= wenig ausgeprägt 9 = stark ausgeprägt							
Pat. F ein	3	4	4	4	8	7	6	5
Pat. F aus	4	3	4	3	8	9	6	4



8.1.6.4.2 HAQ

Behandlungszeit: 25 Wochen

Erhebungsfrequenz: 0,52 Erhebungen/Woche

	Beziehungszufriedenheit Werte 6-36 je niedriger der Wert, umso höher die Zufriedenheit		Erfolgswufriedenheit Werte 3-18 je niedriger der Wert, umso höher die Zufriedenheit	
	Patient	Therapeut	Patient	Therapeut
Z1 Eintritt	16	0	15	0
Z2	15	19	14	9
Z3	0	16	0	10
Z4	16	15	10	9
Z5	15	0	14	0
Z6	20	16	13	11
Z7	18	0	11	0
Z8	15	16	13	11
Z9	17	16	15	11
Z10	13	19	15	9
Z11	15	14	10	7
Z12	13	0	8	0
Z13 Austritt	16	0	13	0

Diagramm 11

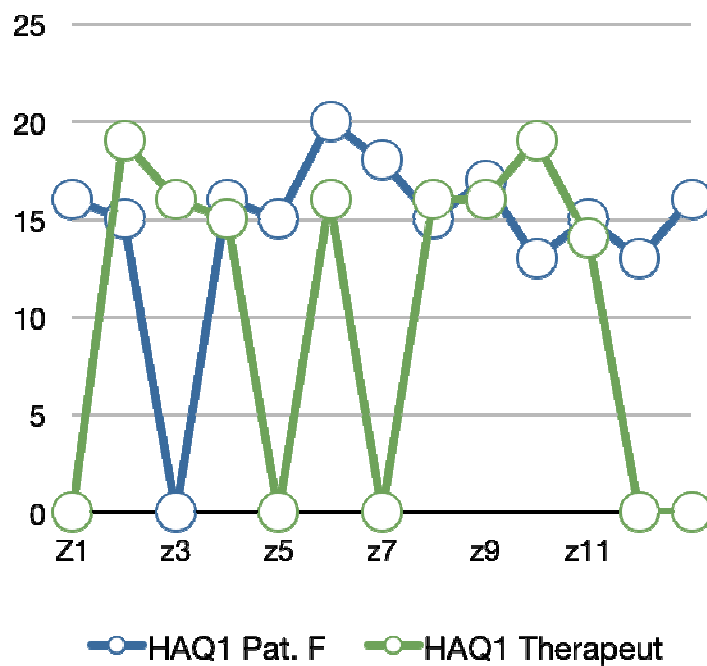
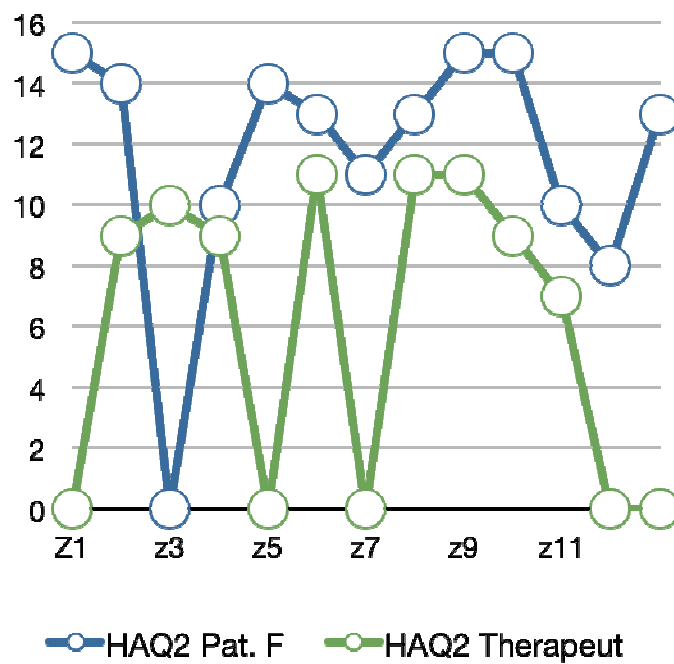


Diagramm 12



8.1.6.4.3 IPO

	IPO Primitive Abwehr max. Wert 80	IPO Indentitäts- diffusion max.Wert 105	IPO Realitäts- prüfung max.Wert 100	IPO Aggression max.Wert 90	IPO moralische Werte max.Wert 55
Patientin F Eintritt	33	29	21	18	12
Austritt	19	29	22	19	13

8.1.6.4.4 BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R

	BDI	HAMA	HAMD	SCL-90-R GSI
Patientin F Eintritt	16	13	13	59
Austritt	16	5	5	54

8.1.6.5 Fallbezogene Einordnung der Testbefunde

Bei einer Gesamtbehandlungsdauer von 25 Wochen zeigt der IIP keine Tendenz Richtung Normstichprobe, sondern Werte im Normbereich verändern sich Richtung Randbereich. Einzig die Skala PA (autokratisch/dominant) veränderte sich Richtung Normbereich. Die Skalen BC (streitsüchtig/konkurrierend) und FG (introvertiert/sozial vermeidend) nahmen in der Ausprägung ab und erreichten einen Wert 3. DE (abweisend/ kalt), HI (selbstunsicher/ unterwürfig) und LM (fürsorglich/freundlich) veränderten sich nicht. NO (expressiv/aufdringlich) verringerte sich um einen Wert, blieb jedoch in der Normstichprobe. JK (ausnutzbar/ nachgiebig) nahm auf einen hohen Wert 9 zu.

Es stellt sich die Frage, ob sich bei Frau F angesichts eines kaum nachweisbaren Therapieerfolges in der HSCS die psychotherapeutische Behandlung nachteilig auswirkte und problematisches Verhalten förderte.

Die Beziehungszufriedenheit im HAQ erreichen bei Therapeut und Patientin mittlere Werte, wobei das Beurteilungsprofil schwankend ist. Auffällig sind die häufigen Abwesenheiten des Therapeuten (6 bei 13 Erhebungszeitpunkten). Ein Einfluss auf den schlechten Therapieerfolg ist denkbar.

Die Erfolgszufriedenheit liegt bei der Patientin in einem niedrigen Bereich, beim Therapeuten in einem eher hohen Bereich. Auch hier lässt sich ein schwankendes Beurteilungsprofil beobachten.

Im IPO zeigt sich nur im Bereich der primitiven Abwehr eine deutliche Verbesserung. Die übrigen Bereiche zeigen bei Austritt keine oder nur geringfügig veränderte Werte.

BDI, HAMA, HAMD und SCL-90-R zeigen bei Eintritt moderate Werte, an der Grenze zur klinisch signifikanten Belastung. BDI und GSI verändern sich nicht, während HAMA und HAMD eine Verringerung der Werte zeigen.

8.1.7 Patientin G

8.1.7.1 Fallvignette

Frau G. (zwischen 30 und 40 Jahren alt) kam aufgrund einer depressiven Episode und Angstsymptomen im Anschluss an eine stationäre Behandlung in die Tagesklinik für Affektkranke. Im weiteren Verlauf zeigte die Patientin darüberhinaus Züge einer emotional instabilen Persönlichkeit.

Die Patientin war eine sehr attraktive stets modisch-gekleidete Frau, die in der Patientengruppe meistens im Mittelpunkt stand.

Die aktuelle depressive Episode entwickelte sich schleichend, nachdem sich die Patientin als Werbetexterin selbständig gemacht hatte und sich zunehmend überfordert fühlte. In der Folge zog sich die Patientin von ihren Freunden und Familie zurück.

In ihrer Kindheit litt die Patientin unter ihrem gewalttätigen Vater, der im Besonderen ihre Mutter regelmässig schlug. Beide Eltern waren vor der Geburt der Patientin aus Süditalien in die Schweiz emigriert und litten unter den kulturellen Unterschieden. Trotzdem nahmen sie gegenüber den beiden Töchtern, von denen Frau G. die ältere war, eine leistungsorientierte dem sozialen Aufstieg verschriebene Haltung ein. Dies und die versteckte Gewalt, vor der die Patientin die Mutter immer wieder zu schützen versuchte, prägten das Beziehungsverhalten von Frau G.

In der Folge nahm die Patientin als erwachsene Frau in Beziehungen immer wieder die Position ein, harmonisierend Verantwortung für den Anderen zu übernehmen. Drohten Konflikte sich anzubahnen, brach die Patientin, meistens durch Ortswechsel, die Beziehung ab.

Kurz vor Eintritt in die Klinik war sich die Patientin bewusst geworden, dass sie sich vom aktuellen Partner trennen wollte.

8.1.7.2 Ergebnisse des OPD-Ratings

8.1.7.2.1 Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Hohe (3) Schwere der Symptomatik, Dauer seit 6 bis 24 Monaten.

Hoher Leidensdruck (3). Geringe (1) Darstellung körperlicher Probleme, hohe (3) Darstellung psychischer Beschwerden und keine (0) Darstellung sozialer Probleme.

Krankheitskonzept: an somatischen Faktoren nicht beurteilbar (9), an psychischen Faktoren hoch (3), an sozialen Faktoren hoch (3) orientiert.

Veränderungsressourcen: mittelgradige (2) persönliche Ressourcen, hohe (3) soziale Unterstützung.

Veränderungshemmnisse: mittelgradige äussere (2), hohe (3) innere.

Veränderungskonzept sehr hoch (4) an Symptomreduktion orientiert, dabei reflektierend-motivklärend gering (1), emotional-supportiv und aktiv-anleitend kaum (0).

Veränderungsressourcen: Offenheit mittelgradig (2), Veränderungshemmnisse: sekundärer Krankheitsgewinn gering (1).

8.1.7.2.2 Beziehungssachse

Perspektive A: Das Erleben der Patientin

Die Patientin erlebt sich immer wieder so, dass **sie harmonisiert, Aggressionen vermeidet (6). Sich anpasst (26). Sich zurückzieht, abschottet, weggeht (32).**

Die Patientin erlebt andere immer wieder so, dass sie an sie

Ansprüche stellen (10). sie angreifen/schädigen (14). vernachlässigen, im Stich lassen (15).

Perspektive B: Das Erleben der Anderen (auch des Untersuchers)

Andere erleben sich gegenüber der Patientin immer wieder so, dass

sie ihr viel Freiraum lassen, sie alleine machen lassen (1).
sie entschuldigen, Vorwürfe vermeiden (4).
sie sich zurückziehen, abschotten, weggehen (32).

Andere erleben, dass die Patientin immer wieder

sich aufdrängt, taktlos ist (8).
sich verschliesst, flüchtet, wenn andere Zuneigung zeigen (29).
sich wenig anlehnt, sich wenig bedürftig zeigt (31).

8.1.7.2.3 Konfliktachse

		nicht vor- handen	wenig bedeutsam	bedeutsam	sehr bedeutsam	nicht beurteilb ar
1	Individuation vs. Abhängigkeit				X	
2	Unterwerfung vs. Kontrolle			X		
3	Versorgung vs. Autarkie			X		
4	Selbstwertkonflikt			X		
5	Schuldkonflikt		X			
6	Ödipaler Konflikt	X				
7	Identitätskonflikt	X				

Hauptkonflikt: 1	zweitwichtigster Konflikt: 4				
Modus der Verarbeitung des Hauptkonfliktes	vor- wiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vor- wiegend passiv	nicht be- urteilbar
		X			

8.1.7.2.4 Strukturachse

	gut		mässig		gering		des- inte- griert	nicht beur- teilbar
	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	9
1a Selbst- wahrnehmung				X				
1b Objekt- wahrnehmung				X				
2a Selbst- regulierung				X				
2b Regulierung Objektbezug					X			
3a Kommunikation nach innen				X				
3b Kommunikation nach aussen					X			
4a Bindung an innere Objekte					X			
4b Bindung äussere Objekte					X			
5 Struktur gesamt				X				

8.1.7.2.5 HSCS-Foki

Die grundsätzliche therapeutische Arbeit ist bei dieser Patientin gemischt struktur/konfliktbezogen.

Beziehungsfokus:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
Die Patientin erlebt sich immer wieder so, dass sie harmonisiert, Aggressionen vermeidet (6). Sich anpasst (26). Sich zurückzieht, abschottet, weggeht (32).	3-	4
Die Patientin erlebt andere immer wieder so, dass sie an sie Ansprüche stellen (10). sie angreifen/schädigen (14). vernachlässigen, im Stich lassen (15).		
Andere erleben, dass die Patientin immer wieder sich aufdrängt, taktlos ist (8). sich verschliesst, flüchtet, wenn andere Zuneigung zeigen (29). sich wenig anlehnt, sich wenig bedürftig zeigt (31).		
Andere erleben sich gegenüber der Patientin immer wieder so, dass sie ihr viel Freiraum lassen, sie alleine machen lassen (1). sie entschuldigen, Vorwürfe vermeiden (4). sie sich zurückziehen, abschotten, weggehen (32).		

Konfliktfoki:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
K1: Individuation vs. Abhängigkeit	2	3+
K2: Selbstwertkonflikt	2+	4

Strukturfoki:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
S1 Bindung an äussere Objekte (Bindungsfähigkeit)	3-	4
S2 Regulierung des Objektbezugs (Antizipation)	2	3+

8.1.7.3 Fallbezogene Einordnung der OPD-Befunde

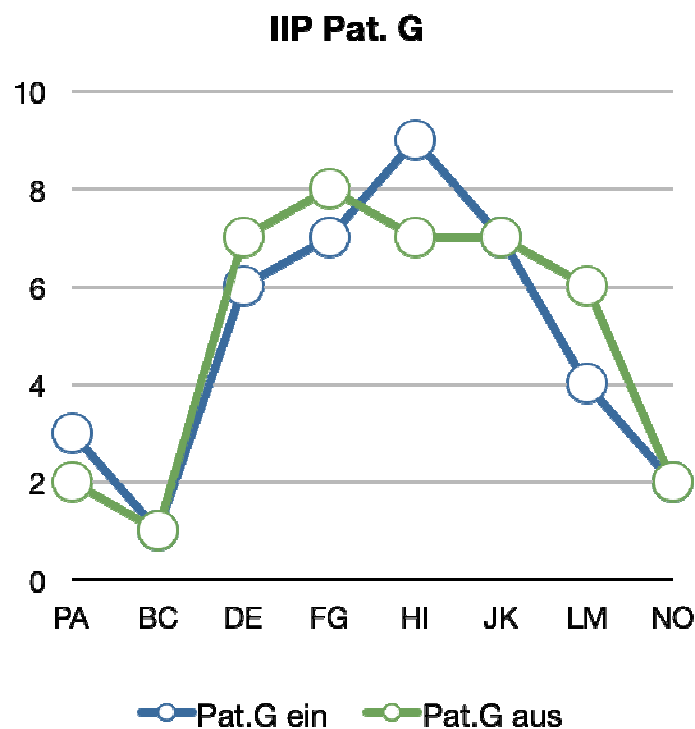
Bei einer geringen bis mässigen Struktur ist der Hauptkonflikt Individuation vs. Abhängigkeit, der zweitwichtigste Konflikt der Selbstwertkonflikt. Die Beziehungsdynamik wird charakterisiert durch verdeckte Aggression, Distanz und Annäherungsversuche.

Die HSCS zeigt positive Veränderungen im Umfang von einer Stufe für den Beziehungsfokus sowie für die Strukturfoki und für den Individuation vs. Abhängigkeit- Konflikt. Für den zweiten Konfliktfokus, dem Selbstwertkonflikt konnte eine positive Veränderung um zwei Stufen auf Anerkennung und Erkundung des Fokus gezeigt werden.

8.1.7.4 Ergebnisse der Testung Patientin G

8.1.7.4.1 IIP

	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO
	Stanine: 1= wenig ausgeprägt				9 = stark ausgeprägt			
Pat. G ein	3	1	6	7	9	7	4	2
Pat. G aus	2	1	7	8	7	7	6	2



8.1.7.4.2 HAQ

Behandlungszeit: 17 Wochen

Erhebungsfrequenz: 0,76 Erhebungen/ Woche

	Beziehungszufriedenheit Werte 6-36 je niedriger der Wert, umso höher die Zufriedenheit		Erfolgswzufriedenheit Werte 3-18 je niedriger der Wert, umso höher die Zufriedenheit	
	Patient	Therapeut	Patient	Therapeut
Z1 Eintritt	0	27	0	12
Z2	0	14	0	11
Z3	21	24	13	10
Z4	19	14	12	9
Z5	22	0	14	0
Z6	16	17	12	12
Z7	15	11	9	11
Z8	14	15	8	11
Z9	13	14	7	11
Z10	14	14	14	11
Z11	18	14	9	11
Z12	0	14	0	11
Z13 Austritt	14	14	15	11

Diagramm 13

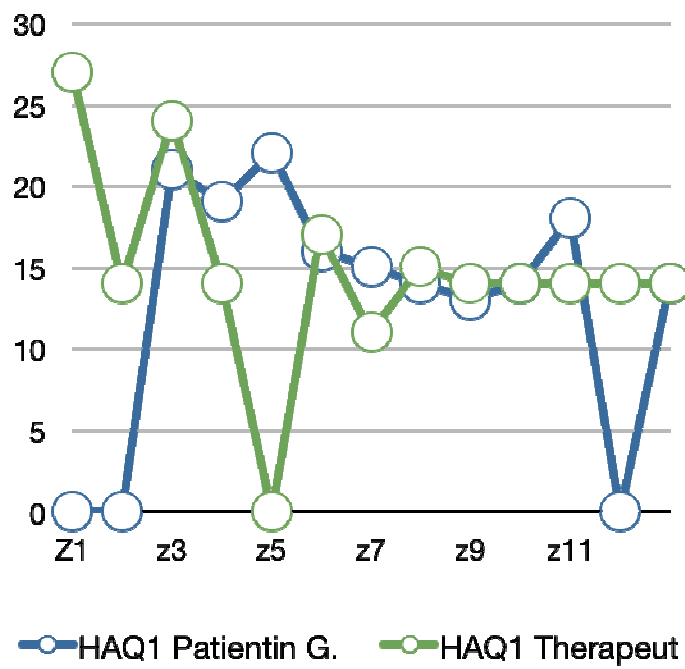
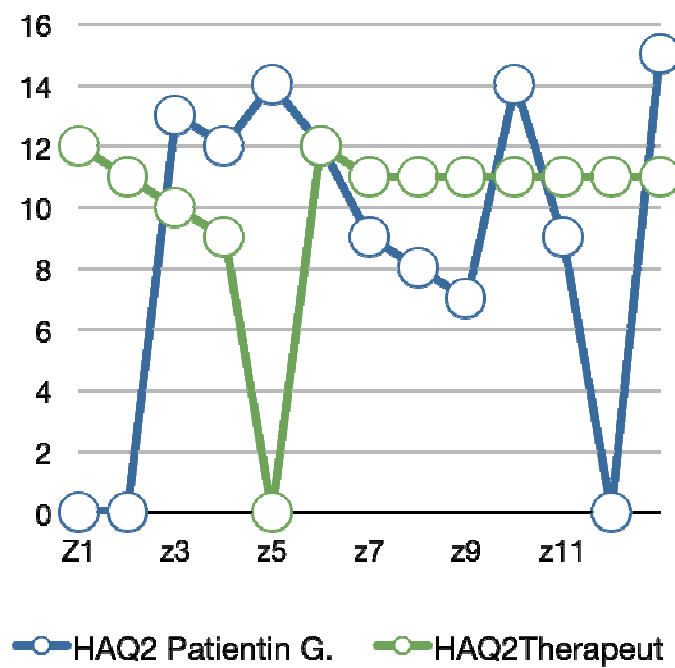


Diagramm 14



8.1.7.4.3 IPO

	IPO Primitive Abwehr max. Wert 80	IPO Identitäts- diffusion max. Wert 105	IPO Realitäts- prüfung max. Wert 100	IPO Aggression max. Wert 90	IPO moralische Werte max. Wert 55
Patientin G Eintritt	59	80	51	31	26
Austritt	51	74	44	35	31

8.1.7.4.4 BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R

	BDI	HAMA	HAMD	SCL-90-R GSI
Patientin G Eintritt	36	33	20	77
Austritt	26	22	26	70

8.1.7.5 Fallbezogene Einordnung der Testbefunde

Bei einer Behandlungszeit von 17 Wochen zeigt Frau G im IIP nur in einem Wert (HI; Selbstunsicherheit/ Unterwürfigkeit, eine Abnahme des Wertes Richtung Normstichprobe. Die Werte BC (streitsüchtig/konkurrierend), JK (ausnützbar/ nachgiebig) und NO (expressiv/ aufdringlich) blieben im Verlauf unverändert. BC und NO blieben bei einem Wert von 1 und 2 wenig ausgeprägt, JK mit einem Wert von 7 stärker ausgeprägt. Die Werte DE (abweisend/ kalt) und FG (introvertiert/ sozial vermeidend) verstärkten sich um einen Wert auf 7 und 8. Der Wert LM (fürsorglich/freundlich) ist um zwei Werte (6) stärker ausgeprägt. Die Werte PA (autokratisch/ dominant) und HI (selbstunsicher/ unterwürfig) verringerten sich um einen bzw. zwei Werte auf 2 bzw. 7. Insgesamt zeigt das Profil der Patientin eine Orientierung am Rand der Normstichprobe und wird geprägt von Verhaltensweisen, die Kontakt herstellen oder eben diesen unterbinden (s. Werte DE vs. LM), vor dem Hintergrund von sich zurücknehmenden Verhaltensweisen (niedriger Werte PA/ NO und hoher Wert HI). Der IIP spiegelt hier die im Beziehungsfokus erfasste Beziehungsdynamik wieder.

Der HAQ zeigt eine zunächst schwankende, im niedrigeren Bereich liegende, dann ab z7 mittlere Beziehungszufriedenheit des Therapeuten. Die Beziehungszufriedenheit der Patientin schwankt zwischen geringer und mittlerer Beziehungszufriedenheit.

Die Erfolgswufriedenheit des Therapeuten liegt am Beginn der Therapie bis z4 in einem höheren Bereich und nimmt ab z7 eine mittlere Ausprägung ein. Das Erfolgswufriedenheitsprofil der Patientin ist schwankend und nimmt in der letzten Erhebung einen maximalen Wert von 17 ein. Insgesamt schwanken die Werte im Verlauf zwischen 7 (hohe Erfolgswufriedenheit) und 14 (niedrige Erfolgswufriedenheit). Interessanterweise entwickeln sich die Werte von Therapeut und Patientin nicht analog. Die Werte des Therapeuten entwickeln sich gleichmässig, während die der Patientin grosse Unterschiede aufweisen.

Im IPO wird eine Reduktion der Werte erreicht. Die Werte bleiben bei Austritt dennoch weiterhin hoch. Besonders im Bereich Primitive Abwehr, Identitätsdiffusion und moralische Werte werden hohe Werte erreicht.

Die Werte von BDI, HAMA, HAMD und GSI weisen eine deutliche Reduktion um teils bis zu 10 Punkten auf, weisen bei Austritt aber weiterhin eine hohe signifikante klinische Belastung auf.

Die hohe Belastung durch Symptome und die schwankenden Profile in den Ergebnissen Testerhebungen fallen bei Frau G auf. Im Verlauf der Behandlung in der Tagesklinik wurde eine stellte sich der Verdacht auf eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung. Bei Austritt stand eben diese im Umgang mit den Mitpatienten im Vordergrund, die durch BDI und HAMD hohe Depressionswerte konnten im Auftreten der Patientin in der Patientengruppe kaum beobachtet werden.

Nach Ende der Behandlung in der Tagesklinik nahm die Patientin die Therapie auf einer Spezialstation für emotional instabile Persönlichkeitsstörungen auf.

8.1.8 Patient H

8.1.8.1 Fallvignette

Herr H. (zwischen 30 und 40 Jahren alt) kam aufgrund einer depressiven Episode im Anschluss an eine mehrere Monate andauernde jedoch nicht lebensgefährliche körperliche Erkrankung zur Behandlung in die Tagesklinik.

Der Patient viel durch seine Leibesfülle und durch sein ungepflegtes Erscheinungsbild auf. In der Patientengruppe versuchte er durch Auftreten, Erscheinungsbild und Aussagen zu provozieren. Trotzdem war er von einem Teil der Patientengruppe akzeptiert.

Herr H. hatte eine unauffällige Kindheit und Jugend erlebt, wurde in einem zugewandten Elternhaus angemessen gefördert und konnte die Lehre zum Graphiker abschliessen.

Auffälligkeiten zeigten sich jedoch bereits im frühen Erwachsenenalter im Beziehungsverhalten. Der Patient gestaltete Beziehungen ausschliesslich nach den eigenen Bedürfnissen. Obwohl er die Perspektive der Anderen einnehmen konnte, schienen ihm die Bedürfnisse der Anderen nicht wichtig zu sein und verhielt sich provozierend. Er hatte hohe Ansprüche an Andere, hatte diese jedoch nicht sich selbst gegenüber. Er forderte von Anderen in Bereichen, in denen er sich selbst gegenüber sehr nachsichtig war.

Trotzdem konnte er auf einen stabilen Freundes- und Familienkreis verweisen, der ihn im Besonderen während der langen Krankheitsepisode stützte. Dies nahm Herr H. als selbstverständlich hin.

8.1.8.2 Ergebnisse des OPD-Ratings

8.1.8.2.1 Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzung

Mittelgradige (2) Schwere der Symptomatik, Dauer der Störung (6 bis 24 Monate).
Mittelgradiger (2) Leidensdruck. Darstellung: körperlicher Probleme nicht (0), psychischer Beschwerden mittelgradig (2), sozialer Beschwerden gering (1).
Krankheitskonzept orientiert an somatischen Faktoren mittelgradig (2); psychischen Faktoren mittelgradig (2); soziale Faktoren kaum (0).
Veränderungskonzepte: gewünschte Behandlungsform körperlich mittelgradig (2); psychotherapeutisch mittelgradig (2), sozialer Bereich gering (1).
Veränderungsressourcen: sehr hohe (4) persönliche Ressourcen, sehr hohe (4) soziale Unterstützung. Veränderungshemmnisse kaum (0) äussere Veränderungshemmnisse, geringe (1) innere Veränderungshemmnisse.
Veränderungskonzept hoch (3) orientiert an Symptomreduktion, dabei mittelgradig (2) reflektierende-motivklärend, gering (1) emotional-supportiv, mittelgradig (2) aktiv-anleitend.
Veränderungsressourcen: hohe (3) Offenheit; Veränderungshemmnisse geringer (1) sekundärer Krankheitsgewinn.

8.1.8.2.2 Beziehungssachse

Perspektive A: Das Erleben des Patienten

Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass **er viel Freiraum/Selbständigkeit für sich beansprucht (17).**
er sich wenig anlehnt, sich wenig bedürftig zeigt (31).

Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie **ihn bewundern, idealisieren (3).**
sich um ihn besonders kümmern, sorgen (7).
ihm Vorwürfe machen/ihn beschuldigen (12).

Perspektive B: Das Erleben der Anderen (auch des Untersuchers)

Anderer erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass **sich um ihn besonders kümmern, sorgen (7).**
ihn bestimmen, kontrollieren/Ansprüche stellen (10).
sich zurückziehen, abschotten, weggehen (32)

Anderer erleben, dass der Patient immer wieder **trotzt, sich widersetzt (18).**
sich wichtig macht, sich in den Mittelpunkt stellt (19).
sich zurückzieht, abschottet, weggeht (32).

8.1.8.2.3 Konfliktachse

		nicht vor handen	wenig bedeut sam	be deut sam	sehr bedeut sam	nicht beurteil bar
1	Individuation vs. Abhängigkeit	X				
2	Unterwerfung vs. Kontrolle				X	
3	Versorgung vs. Autarkie		X			
4	Selbstwert konflikt			X		
5	Schuldkonflikt	X				
6	Ödipaler Konflikt			X		
7	Identitätskonflikt	X				

Hauptkonflikt: 2	Zweitwichtigster Konflikt: 4				
Modus der Verarbeitung des Hauptkonfliktes	vor- wiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vor- wiegend passiv	nicht be- urteilbar
			X		

8.1.8.2.4 Strukturachse

	gut		mässig		gering		des- inte- griert	nicht beur- teilbar
	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	9
1a Selbst- wahrnehmung		X						
1b Objekt- wahrnehmung		X						
2a Selbst- regulierung		X						
2b Regulierung Objektbezug			X					

3a Kommunikation nach innen		X						
3b Kommunikation nach aussen	X							
4a Bindung an innere Objekte		X						
4b Bindung äussere Objekte			X					
5 Struktur gesamt		X						

8.1.8.2.5 HSCS-Foki

Die grundsätzliche therapeutische Arbeit ist bei diesem Patienten eher konfliktbezogen.

Beziehungsfokus:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
<p>Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er viel Freiraum/Selbständigkeit für sich beansprucht (17). er sich wenig anlehnt, sich wenig bedürftig zeigt (31).</p> <p>Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie ihn bewundern, idealisieren (3). sich um ihn besonders kümmern, sorgen (7). ihm Vorwürfe machen/ihn beschuldigen (12).</p> <p>Andere erleben, dass der Patient immer wieder trotz, sich widersetzt (18). sich wichtig macht, sich in den Mittelpunkt stellt (19). sich zurückzieht, abschottet, weggeht (32).</p> <p>Andere erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass sich um ihn besonders kümmern, sorgen (7). ihn bestimmen, kontrollieren/Ansprüche stellen (10). sich zurückziehen, abschotten, weggehen (32).</p>	2	2+

Konfliktfoki:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
K1: Unterwerfung vs. Kontrolle	3 -	3
K2: Selbstwert	2	3 -

Strukturfoki:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
S1: Regulierung des Objektbezugs (Antizipation)	3 -	3 +
S2: Bindung aussen (Bindung lösen)	2	2 +

8.1.8.3 Fallbezogene Einordnung der OPD-Befunde

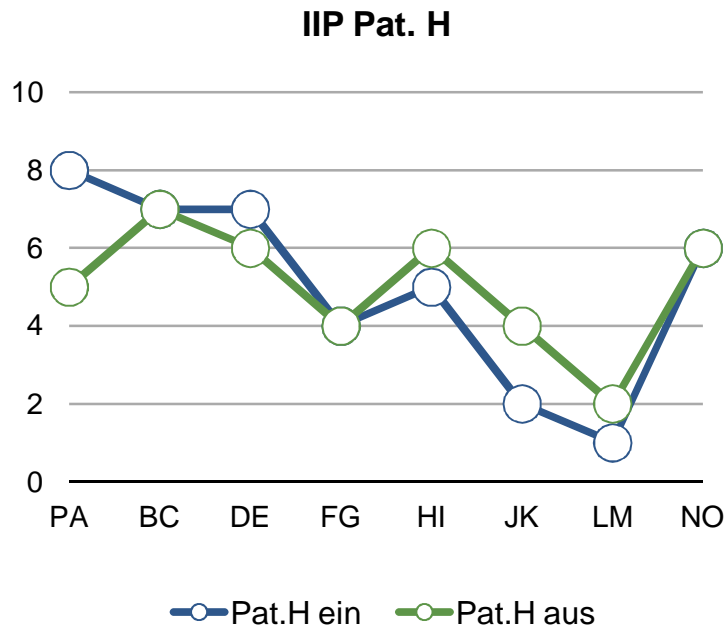
Bei insgesamt mässiger bis guter Integration der Struktur wurde als Hauptkonflikt Unterwerfung vs. Kontrolle und als zweitwichtigster Konflikt der Selbstwertkonflikt gefunden. Die Beziehungsdynamik wird durch Zuwendung gegenüber dem Patienten vs. Distanzierung geprägt.

In der HSCS konnten kaum positive Veränderungen erfasst werden. Einzig im Bereich des Selbstwertkonfliktes kann eine Veränderung von 2 auf 3- (vage Fokuswahrnehmung) gezeigt werden. Dies ist vor dem Hintergrund einer relativ gut integrierten Struktur eindrucklich.

8.1.8.4 Ergebnisse der Testung Patient H

8.1.8.4.1 IIP

	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO
	Stanine: 1= wenig ausgeprägt 9 = stark ausgeprägt							
Pat. H ein	8	7	7	4	5	2	1	6
Pat. H aus	5	7	6	4	6	4	2	6



8.1.8.4.2 HAQ

Behandlungszeit: 22 Wochen

Erhebungsfrequenz: 0,81 Erhebungen/ Woche

	Beziehungszufriedenheit Werte 6-36 je niedriger der Wert, umso höher die Zufriedenheit		Erfolgswufriedenheit Werte 3-18 je niedriger der Wert, umso höher die Zufriedenheit	
	Patient	Therapeut	Patient	Therapeut
Z1	10	12	8	12
Z2	8	16	11	11
Z3	0	13	0	12
Z4	12	13	14	9
Z5	15	13	13	9
Z6	15	0	13	0
Z7	14	0	13	0
Z8	14	13	12	8
Z9	11	13	11	7
Z10	12	14	14	10
Z11	13	13	11	7
Z12	14	13	15	7
Z13	15	12	11	7
Z14	13	14	14	8

Z15	16	14	13	8
Z16	13	12	14	5
Z17	17	13	16	9
Z18	13	13	10	9
Austritt				

Diagramm 16

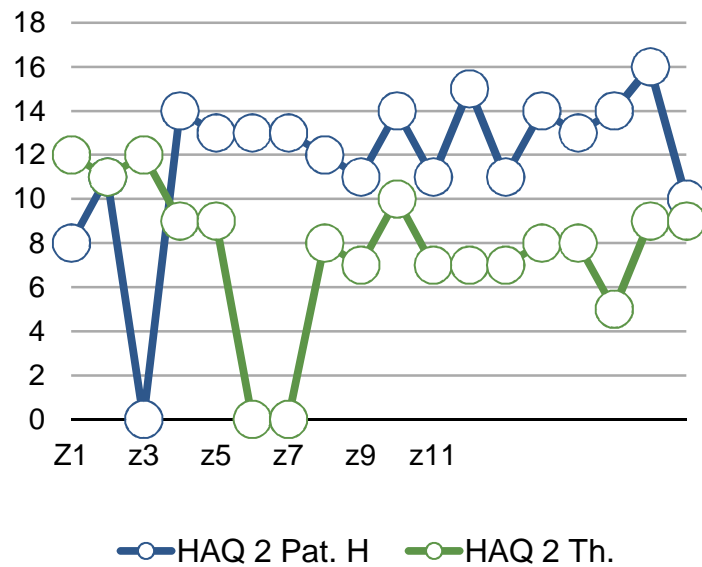
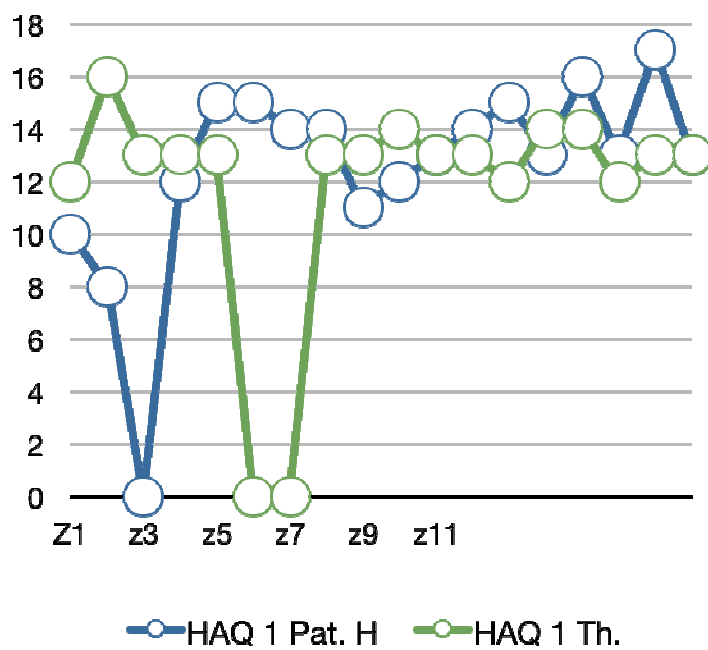


Diagramm 15



8.1.8.4.3 IPO

	IPO Primitive Abwehr max. Wert 80	IPO Identitäts- diffusion max. Wert 105	IPO Realitäts- prüfung max. Wert 100	IPO Aggression max. Wert 90	IPO moralische Werte max. Wert 55
Patient H Eintritt	27	30	25	25	22
Austritt	37	48	30	23	20

8.1.8.4.4 BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R

	BDI	HAMA	HAMD	SCL-90-R GSI
Patient H Eintritt	10	11	8	61
Austritt	11	10	9	63

8.1.8.5 Fallbezogene Einordnung der Testbefunde

Bei einer Behandlungszeit von 22 Wochen zeigt Herr H im IIP eine Tendenz zur Normstichprobe. Der Wert BC (streitsüchtig/ konkurrierend) ist mit 7 eher stark und der Wert LM (fürsorglich/ freundlich) mit 2 zu niedrig ausgeprägt.

Der HAQ zeigt eine mittlere Beziehungszufriedenheit des Patienten, die sich zwischen dem Wert 10 und 16 bewegt. Die Beziehungszufriedenheit des Therapeuten liegt auf einem höheren Niveau zwischen Wert 5 und 9.

Die Erfolgswzufriedenheit liegt bei Patient und Therapeut im mittleren Bereich. Die Zufriedenheit des Patienten sinkt vor Austritt etwas ab. Die Werte von Patient und Therapeut entwickeln sich annähernd analog.

Insgesamt ist diese doch stabile Erfolgswzufriedenheit angesichts des geringen Therapieerfolges (s. OPD- und BDI-, HAMA-, HAMD- und GSI-Werte) erstaunlich. Es stellt sich die Frage, ob die doch hohen Werte im Bereich der Struktur und die relativ geringe Belastung durch Symptome bei Beginn der Therapie hier einen Einfluss haben.

Im IPO zeigt sich im Bereich Primitive Abwehr, Identitätsdiffusion und Realitätsprüfung eine Zunahme der Werte. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Therapie Abwehrstabilisierend wirkte.

Das Antwortverhalten der IPO-Items zeigt bemerkenswerte Züge: Herr H hat zwei interessante Items bei sonst stabilem Antwortverhalten nicht beantwortet:

24: Ich tue Dinge impulsiv, von denen ich finde, dass sie sozial inakzeptabel sind.

78: Phasenweise stimmt mein Verhalten mit den mir vermittelten moralischen Werten überein und dann gibt es wieder Zeiten, wo ich unmoralisch und amoralisch handle.

Die Werte in BDI, HAMA, HAMD und GSI bleiben bis auf geringe Veränderungen im Grenzbereich der Belastung.

8.1.9 Patient I

8.1.9.1 Fallvignette

Herr I. (zwischen 50 und 60 Jahre alt) kam aufgrund einer depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Erkrankung zur Behandlung in die Tagesklinik. Der Eintritt erfolgte mit hoher Ambivalenz des Patienten. Er hatte bereits einen teilstationären Behandlungsversuch in einer anderen Tagesklinik abgebrochen und war bezüglich den Möglichkeiten und Wirkungsweisen psychotherapeutischer Behandlung sehr kritisch.

Herr I. war sehr gepflegt und höflich. Zeigte im Umgang mit Anderen hohe integrative Fähigkeiten und konnte sich mit zunehmender Stabilität adäquat abgrenzen.

Die aktuelle depressive Krise folgte auf eine manische Episode, während der der selbständige Finanzfachmann hochrisikohaftes Verhalten zeigte. Um drohenden Schaden von seinen Kunden abwenden zu können, beglich Herr I. ohne Absprache mit seiner Familie die ausstehenden Summen mit Geld aus dem familiären Vermögen. Dies bedeutete für den Patienten den Verlust seiner finanziellen Unabhängigkeit.

In der Vorgeschichte fiel eine schwierige Kindheit bei Pflegeeltern auf. Herr I. war unehelich geboren worden, der Vater war unbekannt. Der Mutter wurde das Kind entzogen und in der Folge wurde ihr der Umgang mit Herr I. von Seiten der Pflegeeltern verwehrt.

Herr I. entwickelte auf der Beziehungsebene harmonisierendes, konfliktvermeidendes Verhalten und Übernahme häufig Verantwortung für Andere.

Der Patient wurde von seiner langjährigen Ehefrau und den beiden Söhnen unterstützt.

8.1.9.2 Ergebnisse des OPD-Ratings

8.1.9.2.1 Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzung

Mittelgradige (2) Schwere der Symptomatik, Dauer der Störung 8 Jahre.

Hoher (3) Leidensdruck. Darstellung: körperlicher Probleme hoch (3), psychischer Beschwerden gering (1), sozialer Beschwerden mittel (2).

Krankheitskonzept orientiert an somatischen Faktoren gering (1); psychischen Faktoren nicht (0); soziale Faktoren gering (1).

Veränderungskonzepte: gewünschte Behandlungsform körperlich hoch (3); psychotherapeutisch gering (1), sozialer Bereich gering (1).

Veränderungsressourcen: mittlere (2) persönliche Ressourcen, hohe (3) soziale Unterstützung.

Veränderungshemmnisse: wenig (1) äussere Veränderungshemmnisse, hohe (3) innere Veränderungshemmnisse.

Veränderungskonzept hoch (3) orientiert an Symptomreduktion, dabei gering (1) reflektierend-motivklärend, mittelgradig (2) emotional-supportiv, gering (1) aktiv-anleitend.

Veränderungsressourcen: mittlere (2) Offenheit; Veränderungshemmnisse mittelgradiger (2) sekundärer Krankheitsgewinn.

8.1.9.2 Beziehungssachse

Perspektive A: Das Erleben des Patienten

Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass
er sich besonders kümmert, sorgt (7).
sich anpasst, sich zurücknimmt, aufgibt (26).
er sich zurückzieht, abschottet, weggeht (32).

Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie
sich ihm aufdrängen, taktlos sind (8).
ihn bestimmen, kontrollieren/ Ansprüche stellen (10).
ihn angreifen/schädigen (14).

Perspektive B: Das Erleben der Anderen (auch des Untersuchers)

Andere erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass
sie ihm viel Freiraum lassen, ihn alleine machen lassen (1).
sich um ihn besonders kümmern, sorgen (7).
sich zurückziehen, abschotten, weggehen (32).

Andere erleben, dass der Patient immer wieder
harmonisiert, Aggressionen vermeidet (6).
sich klein macht, sich selbst entwertet (27).
sich wenig anlehnt, sich wenig bedürftig zeigt (31).

8.1.9.2.3 Konfliktachse

		nicht vorhanden	wenig bedeutsam	bedeut sam	sehr bedeutsam	nicht beurteilbar
1	Individuation vs. Abhängigkeit		X			
2	Unterwerfung vs. Kontrolle		X			
3	Versorgung vs. Autarkie				X	
4	Selbstwertkonflikt			X		
5	Schuldkonflikt			X		
6	Ödipaler Konflikt	X				
7	Identitätskonflikt	X				

Hauptkonflikt: 3	zweitwichtigster Konflikt: 4				
Modus der Verarbeitung des Hauptkonfliktes	vor- wiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vor- wiegend passiv	nicht be- urteilbar
		X			

8.1.9.2.4 Strukturachse

	gut		mässig		gering		des- inte- griert	nicht beur- teilbar
	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	9
1a Selbst- wahrnehmung				X				
1b Objekt- wahrnehmung			X					
2a Selbst- regulierung			X					
2b Regulierung Objektbezug			X					
3a Kommunikation nach innen				X				
3b Kommunikation nach aussen				X				
4a Bindung an innere Objekte			X					
4b Bindung äussere Objekte			X					

5 Struktur gesamt**X****8.1.9.2.5 HSCS-Foki**

Die grundsätzliche therapeutische Arbeit ist bei diesem Patienten eher konfliktbezogen.

Beziehungsfokus:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er sich besonders kümmert, sorgt (7). sich anpasst, sich zurücknimmt, aufgibt (26). er sich zurückzieht, abschottet, weggeht (32).	2-	4-
Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie sich ihm aufdrängen, taktlos sind (8). ihn bestimmen, kontrollieren/ Ansprüche stellen (10). ihn angreifen/schädigen (14).		
Andere erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass sie ihm viel Freiraum lassen, ihn alleine machen lassen (1). sich um ihn besonders kümmern, sorgen (7). sich zurückziehen, abschotten, weggehen (32).		
Andere erleben, dass der Patient immer wieder harmonisiert, Aggressionen vermeidet (6). sich klein macht, sich selbst entwertet (27). sich wenig anlehnt, sich wenig bedürftig zeigt (31).		

Konfliktfoki:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
K1: Versorgung vs. Autarkie	3-	4
K2: Selbstwert	2	3

Strukturfoki:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
S1: Kommunikation nach aussen (Affektmitteilung)	2	3
S2: Bindung aussen (Hilfe annehmen)	3	4

8.1.9.3 Fallbezogene Einordnung der OPD-Befunde

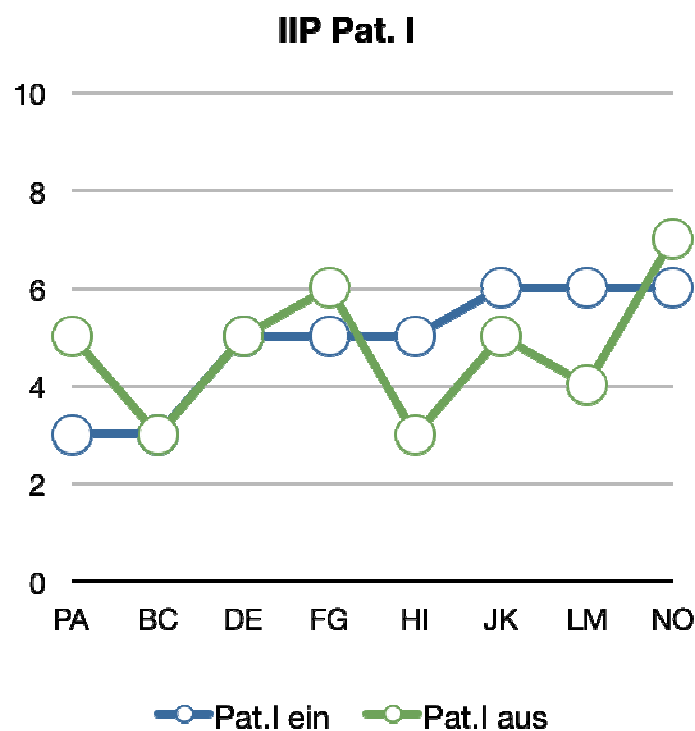
Bei mässig integrierter Struktur wurden als wichtigster Konflikt Versorgung vs. Autarkie und als zweitwichtigster Konflikt der Selbstwertkonflikt gefunden. Die Beziehungsdynamik ist von Zuwendung und das Sich-Zurücknehmen des Patienten geprägt.

Die HSCS zeigt eine deutliche positive Veränderung. Im Bereich des Beziehungsfokus wird eine Steigerung um zwei Werte auf 4- (Anerkennung und Erkundung des Fokus) erreicht. Im Bereich der Konflikt- und Strukturfoki wird eine Steigerung um je eine Stufe gezeigt.

8.1.9.4 Ergebnisse der Testung Patient I

8.1.9.4.1 IIP

	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO
	Stanine: 1= wenig ausgeprägt 9 = stark ausgeprägt							
Pat. I ein	3	3	5	5	5	6	6	6
Pat. I aus	5	3	5	6	3	5	4	7



8.1.9.4.2 HAQ

Behandlungszeit: 19 Wochen

Erhebungsfrequenz: 0,8 Erhebungen/ Woche

	Beziehungszufriedenheit Werte 6-36 je niedriger der Wert, umso höher die Zufriedenheit		Erfolgswzufriedenheit Werte 3-18 je niedriger der Wert, umso höher die Zufriedenheit	
	Patient	Therapeut	Patient	Therapeut
Z1	11	13	8	7
Z2	8	0	9	0
Z3	0	13	0	7
Z4	6	14	5	9
Z5	12	13	8	6
Z6	12	14	6	8
Z7	0	14	0	8
Z8	0	13	0	8
Z9	0	14	0	9
Z10	0	14	0	9
Z11	0	15	0	7
Z12	6	14	3	8
Z13	6	14	5	8
Z14	0	12	0	6
Z15	0	12	0	6
Z16 Austritt	0	12	0	6

Diagramm 17

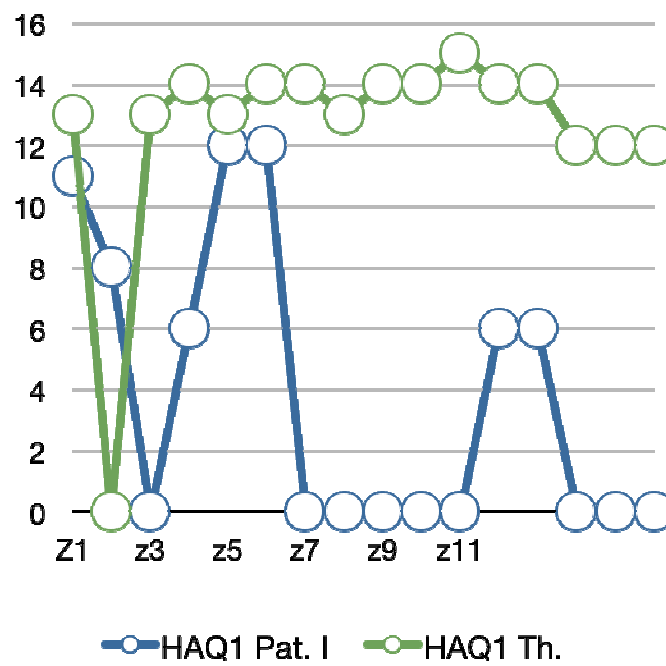
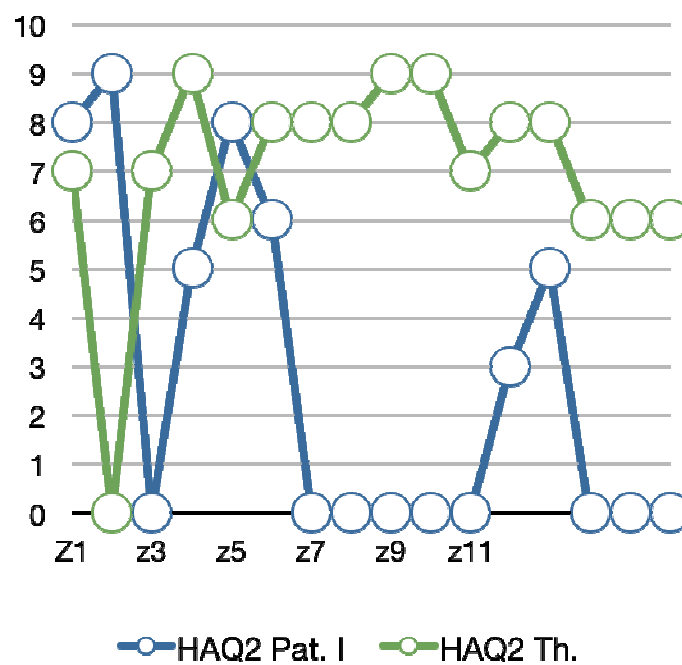


Diagramm 18



8.1.9.4.3 IPO

	IPO Primitive Abwehr max. Wert 80	IPO Identitäts- diffusion max.Wert 105	IPO Realitäts- prüfung max.Wert 100	IPO Aggression max.Wert 90	IPO moralische Werte max.Wert 55
Patient I Eintritt	43	55	41	23	20
Austritt	42	43	36	20	21

8.1.9.4.4 BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R

	BDI	HAMA	HAMD	SCL-90-R GSI
Patient I Eintritt	19	13	13	76
Austritt	4	4	1	67

8.1.9.5 Fallbezogene Einordnung der Testbefunde

Bei einer Behandlungszeit von 19 Wochen veränderten sich die bei Eintritt grösstenteils im Normbereich gelegenen Werte tendenziell Richtung Randbereich. Diese Tendenz bleibt aber im Bereich welcher immerhin noch von 24% der Normstichprobe abgedeckt wird.

Der Wert BC (streitsüchtig/ konkurrierend) bleibt stabil wenig ausgeprägt. Der Wert HI (selbstunsicher/ unterwürfig) verringert sich um zwei Punkte auf einen Wert 3. Der Wert NO (expressiv/ aufdringlich) ist mit einem Zuwachs um einen Punkt auf einen Wert 7 eher stark ausgeprägt.

IM HAQ fällt ein geringer Rücklauf, bei stabiler Anwesenheit des Patienten in den Therapien, der Fragebögen von Patientenseite auf. Eine Analyse der Beziehungs- und Erfolgszufriedenheit des Patienten ist deshalb kaum möglich. Die vorhandenen Werte zeigen eine mittlere bis hohe Zufriedenheit für beide Bereiche. Hier stellt sich die Frage, ob es einen Zusammenhang mit der bezüglich Anderen zurückhaltenden Haltung des Patienten gibt. Es ist denkbar, dass der Patient kritische Einschätzungen vermeidet und eventuell die Fragebögen, wie geschehen auch auf vermehrtem Nachfragen, nicht retournierte.

Die Beziehungszufriedenheit des Therapeuten liegt stabil in einem mittleren Bereich, die Erfolgszufriedenheit in einem eher hohen Bereich.

Die Werte des IPO zeigen im Bereich der Identitätsdiffusion und der Realitätsprüfung eine Verringerung. Im Bereich Aggression, moralische Werte und primitive Abwehr blieben die Werte annähernd stabil.

Die Werte des BDI, HAMA und HAMD weissen bei Eintritt auf eine mässige bis mittlere, der GSI auf eine deutliche Belastung durch Symptome hin. Bei Austritt zeigt sich in allen Werten eine deutliche Verringerung. Der GSI bleibt jedoch weiterhin im klinisch relevanten Bereich.

8.1.10 Patientin J

8.1.10.1 Fallvignette

Frau J. (zwischen 40 und 50 Jahren alt) kam aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode zur Behandlung in die Tagesklinik.

Die Patientin war eine sehr freundliche und gepflegte Frau, die jedoch oftmals der Situation etwas unangemessen gekleidet war. Weiter war es für die Patientin schwierig, sich gegenüber den Bedürfnissen der Mitpatienten abzugrenzen.

Auslöser der depressiven Symptomatik war eine mehrfache Belastungssituation. So pflegte Frau J. ihren bettlägerigen Vater, unterstützte ihren Bruder der an einer langjährigen Alkoholerkrankung litt und konnte sich am Arbeitsplatz nicht genügend abgrenzen. Die Angestellte eines Sportfachhandels war in leitender Position tätig und übernahm immer wieder Verantwortung für ihre Mitarbeiter auch bei Problemen im privaten Bereich.

Weiter nahm die Patientin gegenüber sich selbst eine sehr leistungs- und arbeitsorientierte, "strenge" Haltung ein. Ihr Leitsatz war: "Man müsse auch mal etwas aushalten können!"

Die Patientin verfügte über einen stabilen Freundeskreis. Eine Freundin war es auch, die Frau J. überzeugte, sich in teilstationäre Behandlung zu begeben. Insgesamt nahm die Patientin gegenüber Psychotherapie und psychischen Denkmodellen eine äusserst kritische Haltung ein.

8.1.10.2 Ergebnisse des OPD-Ratings

8.1.10.2.1 Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzung

Die Störung besteht seit 6 bis 24 Monaten bei einer hohen Schwere (3) der Symptomatik.

Bei mittlerem Leidensdruck (2) ist die Darstellung körperlicher Beschwerden gering (1), die psychischer Beschwerden hoch (3) und die sozialer Probleme gering (1).

Das Krankheitskonzept ist kaum (0) an somatischen Faktoren orientiert, gering (1) an psychischen und hoch (3) an sozialen Faktoren.

Das Veränderungskonzept ist in geringem Ausmass (1) an einer körperlichen Behandlung orientiert, mittelgradig (2) an einer psychotherapeutischen Behandlung und hoch (3) an einer Behandlungsform im sozialen Bereich.

Veränderungsressourcen: Sehr hohe persönliche Ressourcen (4) und hohe (3) psychosoziale Unterstützung.

Veränderungshemmnisse: Keine (0) äusseren und mittlere (2) innere Veränderungshemmnisse.

Veränderungskonzepte: Orientiert an Symptomreduktion hoch (3) dabei kaum (0) reflektierend-motivklärend/ konfliktorientiert, gering (1) emotional-supportiv und hoch (3) aktiv-anleitend.

Veränderungsressourcen: Hohe (3) Offenheit; Veränderungshemmnisse: sekundärer Krankheitsgewinn/ problemaufrechterhaltende Bedingungen gering (1).

8.1.10.2.2 Beziehungssachse

Perspektive A: Das Erleben des Patienten

Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass sie
entschuldigt, Vorwürfe vermeidet (4).
sich besonders kümmert, sorgt (7).
sich wenig anlehnt, wenig bedürftig zeigt (31).

Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie
Ihn bestimmen, kontrollieren/ Ansprüche stellen (10).
Ihn vernachlässigen, ihn im Stich lassen (15).
sich wichtig machen, sich in den Mittelpunkt stellen (19).

Perspektive B: Das Erleben der Anderen (auch des Untersuchers)

Andere erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass sie
ihn wenig führen, Einflussnahme vermeiden (2).
ihn übersehen, ignorieren (16).
sich zurückziehen, abschotten, weggehen (32).

Andere erleben, dass der Patient immer wieder (andere)
entschuldigt, Vorwürfe vermeidet (4).
harmonisiert, Aggressionen vermeidet (6).
sich anpasst /sich zurücknimmt/ aufgibt (26).

8.1.10.2.3 Konfliktachse

		nicht vor- handen	wenig bedeutsam	bedeutsa m	sehr bedeutsam	nicht beurteilbar
1	Individuation vs. Abhängigkeit	X				
2	Unterwerfung vs. Kontrolle		X			
3	Versorgung vs. Autarkie				X	
4	Selbstwertkonflikt			X		
5	Schuldkonflikt		X			
6	Ödipaler Konflikt		X			
7	Identitätskonflikt	X				

Hauptkonflikt: 3	zweitwichtigster Konflikt: 4				
Modus der Verarbeitung des Hauptkonfliktes	vorwiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vorwiegend passiv	nicht beurteilbar
	X				

8.1.10.2.4 Strukturachse

	gut		mässig		gering		des-integriert	nicht beurteilbar
	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	9
1a Selbstwahrnehmung			X					
1b Objektwahrnehmung			X					
2a Selbstregulierung			X					
2b Regulierung Objektbezug			X					
3a Kommunikation nach innen			X					
3b Kommunikation nach aussen			X					
4a Bindung an innere Objekte			X					
4b Bindung äussere Objekte			X					
5 Struktur gesamt			X					

8.1.10.2.5 HSCS-Foki

Die grundsätzliche therapeutische Ausrichtung ist bei diesem Patienten deutlich konfliktbezogen.

Beziehungsfokus:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
<p>Die Patientin erlebt sich immer wieder so, dass sie entschuldigt, Vorwürfe vermeidet (4). sich besonders kümmert, sorgt (7). sich wenig anlehnt, wenig bedürftig zeigt (31).</p> <p>Andere erleben sich gegenüber der Patientin immer wieder so, dass sie ihn wenig führen, Einflussnahme vermeiden (2). ihn übersehen, ignorieren (16). sich zurückziehen, abschotten, weggehen (32).</p> <p>Die Patientin erlebt andere immer wieder so, dass sie sie bestimmen, kontrollieren/ Ansprüche stellen (10). sie vernachlässigen, sie im Stich lassen (15). sich wichtig machen, sich in den Mittelpunkt stellen (19).</p> <p>Andere erleben, dass die Patientin immer wieder entschuldigt, Vorwürfe vermeidet (4). harmonisiert, Aggressionen vermeidet (6). sich anpasst /sich zurücknimmt/ aufgibt (26).</p>	2+	4

Konfliktfoki:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
K1: Versorgung vs. Autarkie	2+	3+
K2: Selbstwert	2+	4-

Strukturfoki:

	HSCS	
	Eintritt	Austritt
S1: Regulierung des Objektbezugs-Interessenausgleich	2	4
S2: Kommunikation nach Innen-Affekte erleben	2	3

8.1.10.3 Fallbezogene Einordnung der OPD-Befunde

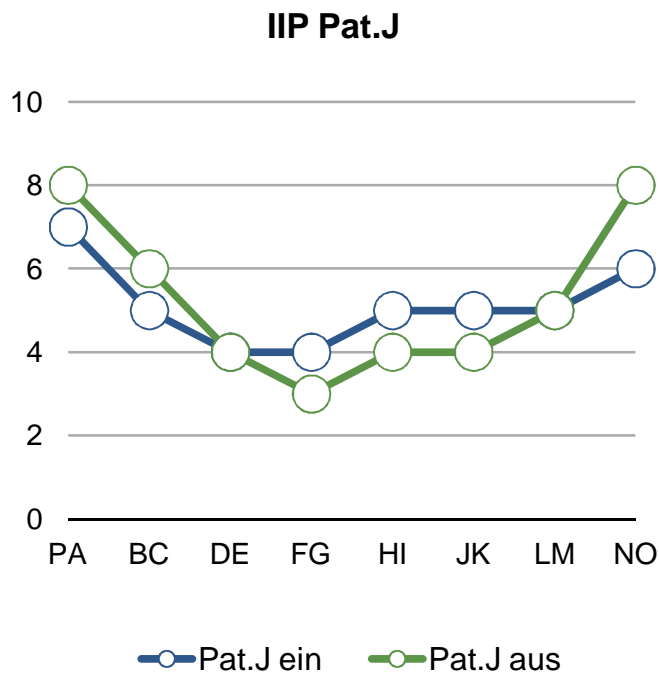
Bei mässig integrierter Struktur wurden als wichtigster Konflikt Versorgung vs. Autarkie, als zweitwichtigster Konflikt der Selbstwertkonflikt gefunden. Die Beziehungsdynamik wird durch Zuwendung und Zurückhaltung bezüglich sich selbst und der Distanz der Anderen geprägt.

In der HSCS konnten deutliche Verbesserungen festgestellt werden: für den Beziehungsfokus eine Steigerung um zwei Punkte auf 4 (Anerkennung und Erkundung des Fokus), für die Konflikt- und Strukturfoki um einen bis zwei Punkte.

8.1.10.4 Ergebnisse der Testung Patientin J

8.1.10.4.1 IIP

	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO
	Stanine: 1= wenig ausgeprägt 9 = stark ausgeprägt							
Pat. I ein	7	5	4	4	5	5	5	6
Pat. I aus	8	6	4	3	4	4	5	8



8.1.10.4.2 HAQ

Behandlungsdauer: 15 Wochen

Erhebungsfrequenz: 0,66 Erhebungen/Woche

	Beziehungszufriedenheit Werte 6-36 je niedriger der Wert, umso höher die Zufriedenheit		Erfolgswufriedenheit Werte 3-18 je niedriger der Wert, umso höher die Zufriedenheit	
	Patient	Therapeut	Patient	Therapeut
Z1	11	13	8	7
Z2	12	13	9	8
Z3	12	13	8	0
Z4	12	13	10	9
Z5	12	13	11	9
Z6	12	12	9	10
Z7	12	13	14	9
Z8	12	0	11	9
Z9	12	14	10	9
Z10 Austritt	12	12	11	8

Diagramm 19

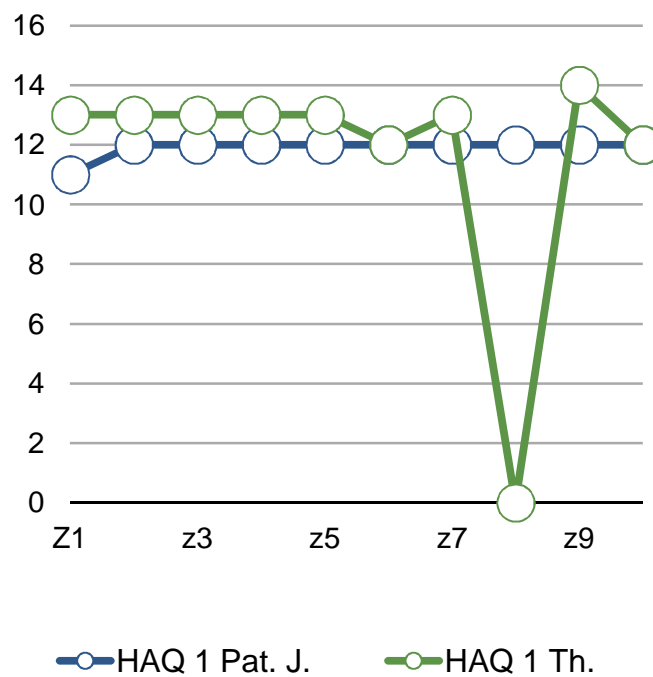
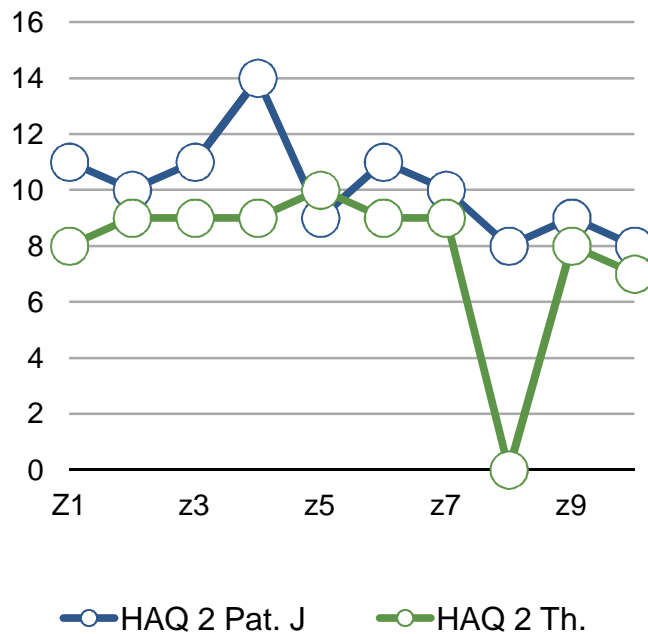


Diagramm 20



8.1.10.4.3 IPO

	IPO Primitive Abwehr max. Wert 80	IPO Indentitäts- diffusion max.Wert 105	IPO Realitäts- prüfung max.Wert 100	IPO Aggression max.Wert 90	IPO moralische Werte max.Wert 55
Patientin J Eintritt	31	42	28	22	18
Austritt	31	39	31	26	25

8.1.10.4.4 BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R

	BDI	HAMA	HAMD	SCL-90-R GSI
Patient J Eintritt	12	14	15	62
Austritt	11	40	5	56

8.1.10.5 Fallbezogene Einordnung der Testbefunde

Bei einer Behandlungszeit von 15 Wochen zeigte der IIP bei Eintritt 7 Werte im Bereich der Normstichprobe, bei Austritt 5.

Zu einer Steigerung der Ausprägung ausserhalb des von 54% der Normstichprobe belegten Bereiche kam es bei den Werten für PA (autokratisch/ dominant: 8 = +1) und NO (expressiv/ aufdringlich: 8 = +2). Der Wert FG (introvertiert/ sozial vermeidend) nahm in der Ausprägung um einen Wert auf 3 ab. Im HAQ entwickeln sich die Werte von Therapeut und Patientin analog in einem mittleren Bereich. Im IPO zeigt sich bei drei Werten eine Zunahme (Realitätsprüfung, Aggression, moralische Werte). Im Bereich der Identitätsdiffusion zeigt sich eine Abnahme, im Bereich der primitiven Abwehr eine Stagnation.

BDI, HAMA, HAMD und GSI zeigen bei Eintritt geringe bis keine signifikante Symptombelastung. Bei Austritt kann für alle Bereiche mit der Ausnahme des HAMA eine Verringerung der Werte festgestellt werden.

Der HAMA zeigt einen deutlichen Zuwachs der Belastung in den klinisch relevanten Bereich.

Es stellt sich die Frage, ob es hier einen Zusammenhang mit dem frühen Therapieende gibt. Die Patientin beendete frühzeitig die Therapie, entgegen den Empfehlungen der Therapeuten, um ihre Arbeitstätigkeit wieder aufnehmen zu können.

9 Einordnung der Einzelfallbefunde und Überprüfung der Hypothesen

9.1 Einordnung der Einzelfallbefunde: Vergleich und Zusammenfassung

9.1.1 Aufenthaltsdauer und Outcome

Bei den 10 untersuchten Patienten handelte es sich um 6 Frauen und 4 Männer im Altersbereich von 20 bis 60 Jahre.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 21,7 Wochen.

5 Patienten (Pat. A, B, E, I, J) verliessen die Tagesklinik deutlich gebessert und wurden in ambulanten Setting von niedergelassenen Kollegen weiter behandelt.

2 Patienten (Pat. C, G) traten in stationäre Behandlung über. Bei beiden Patienten konnte am Ende der tagesklinischen Behandlung eine Verbesserung im Bereich der Symptome festgestellt werden.

2 Patienten (Pat. F, H) traten ohne Verbesserung im Symptombereich ins ambulante Setting aus.

In einem Fall (Pat. D) kam es zum Abbruch der Behandlung.

9.1.2 OPD-Befunde: Konflikt- und Strukturachse

Konfliktachse

Am häufigsten bedeutsam oder sehr bedeutsam waren der Konflikt Unterwerfung vs. Kontrolle und der Selbstwertkonflikt mit je acht Nennungen. Wobei Unterwerfung vs. Kontrolle viermal als sehr bedeutsam gewertet wurde, während der Selbstwertkonflikt nur einmal als sehr bedeutsam und siebenmal als bedeutsam gewertet wurde.

Versorgung vs. Autarkie wurde siebenmal als bedeutsam oder sehr bedeutsam gewertet. Dahinter folgen der ödipale Konflikt mit drei Wertungen als bedeutsam, Individuation vs. Abhängigkeit mit zwei Wertungen als sehr bedeutsam und der Schuldkonflikt mit zwei Wertungen als bedeutsam.

Der Identitätskonflikt wurde einmal als bedeutsam genannt.

Der häufigste genannte Hauptkonflikt Unterwerfung vs. Kontrolle (viermal genannt), gefolgt von Versorgung vs. Autarkie (dreimal genannt).

Am häufigsten trat als zweitwichtigster Konflikt der Selbstwertkonflikt (fünfmal genannt) auf, gefolgt von Versorgung vs. Autarkie (dreimal genannt).

Am häufigsten wurden in den Konfliktfoki Versorgung vs. Autarkie (sechsmal) genannt.

Strukturachse

6 Patienten (B, C, E, F, I, J) weisen auf der Strukturachse mässige Integration auf.

Eine mässige-gute Integration weist ein Patient (H) auf, eine geringe-mässige Integration 2 Patienten (D, G). Eine geringe Integration liegt in einem Fall (Pat. A) vor.

Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzung

Die Befunde der Achse Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzung, sowie Beziehung sind heterogen. Übereinstimmungen lassen sich aufgrund der kleinen Probandenzahl nicht feststellen. Dies muss Nachfolgearbeiten überlassen werden.

9.1.3 HSCS

Die durchschnittliche gemessene Veränderung in der HSCS liegt bei einer Stufe.

5 Patienten (A, B, C, E, J) weisen eine durchschnittliche Erhöhung um einen Wert auf.

2 Patienten (G, I) um zwei Werte.

2 Patienten (F, H) eine geringe Veränderung von unter einer Stufe.

Bei einem Patienten (D) liegen aufgrund des Abbruchs des Therapieversuches keine Vergleichsdaten vor.

9.1.4 IIP

Der Vergleich der Werte des IIP bei Eintritt vs. Austritt ergab bei 5 Patienten (A, B, C, E, H) eine Tendenz zur Normstichprobe.

Bei 3 Patienten (F, J, I) zeigt sich eine Veränderung von der Normstichprobe weg Richtung Randbereich.

Bei einer Patientin (G) zeigte die Veränderung keine Tendenz. Bei dieser Patientin wurde im Verlauf emotional instabile Persönlichkeitszüge festgestellt. Es ist anzunehmen, dass sich das unklare Profil dadurch erklärt.

In einem Fall (Patient D) sind aufgrund Behandlungsabbruch keine Vergleichswerte vorhanden.

9.1.5 HAQ

Durchschnittlich liegt die erhobene Behandlungs- und Erfolgszufriedenheit in einem mittleren Bereich.

Bei 5 Patienten (B, C, E, H, J) konnte eine analoge Entwicklung der Einschätzungen von Therapeut und Patient gefunden werden.

Bei zwei Patienten (A, G) konnte keine analoge Entwicklung der Werte gezeigt werden. Interessanterweise handelt es sich dabei um Patientinnen mit emotional instabilen Persönlichkeitszügen.

Bei zwei Patienten (D, F) wurden niedrige Zufriedenheitswerte erfasst. Bei Patient D kam es zum Abbruch der Behandlung, bei Patientin F zu keinem Behandlungserfolg.

In einem Fall (Pat. I) konnte aufgrund des geringen Rücklaufes kein vollständiges Profil erstellt werden.

Es stellt sich nach diesen Auswertungen die Frage, ob die analoge Entwicklung der Werte, die ja auf ähnlicher Einschätzung der Beziehung und des Erfolges beruht, ein Prädiktor für Therapieerfolg ist. Die Fähigkeit, die Sichtweise des Patienten zu teilen, könnte hier eine Rolle spielen und entscheidend für den Therapieerfolg sein.

Diese Annahme muss in der weiteren Verlaufsstudie überprüft werden.

9.1.6 IPO

	IPO Primitive Abwehr max. Wert 80	IPO Identitäts- diffusion max.Wert 105	IPO Realitäts- prüfung max.Wert 100	IPO Aggression max.Wert 90	IPO moralische Werte max.Wert 55
Durchschnitt Eintritt	40,1	52,2	36,3	25,8	22,7
Austritt	35,5	44,5	32,4	24,2	20,3

Im Bereich der primitiven Abwehr und der Identitätsdiffusion kann die grösste Verbesserung gemessen werden.

9.1.7 BDI, HAMA, HAMD, SCL-90-R

	BDI	HAMA	HAMD	SCL-90-R GSI
Durchschnitt Eintritt	23,2	26,3	15,1	66,8
Austritt	16,5	17	9,3	61,22

Die Durchschnittswerte weisen bei Eintritt eine signifikante klinische Belastung im BDI, HAMA und GSI auf.

Im HAMD wird eine moderate Erhöhung gezeigt.

Bei Austritt zeigen die Werte im HAMD und SCL-90-R eine deutliche Remission.

Die Durchschnittswerte im BDI und HAMA weisen auf eine moderate Symptombelastung hin.

Der maximale BDI-Wert bei Eintritt liegt bei 36 (Pat. G), bei Austritt bei 26 (Pat. G).

Der minimale BDI-Wert bei Eintritt liegt bei 10 (Pat. H), bei Austritt bei 1 (Pat. E).

Im HAMA liegt der maximale Wert bei Eintritt bei 61 (Pat. B), bei Austritt bei 40 (Pat. J). Der minimale Wert bei Eintritt liegt bei 11 (Pat. H), bei Austritt bei 0 (Pat. E).

Im HAMD liegt der maximale Wert bei Eintritt bei 22 (Pat. B), bei Austritt bei 26 (Pat. G).

Der minimale Wert bei Eintritt liegt bei 7 (Pat. D), bei Austritt 0 (Pat. E).

Im SCL-90-R liegt der maximale GSI-Wert bei Eintritt bei 77 (Pat. G), bei Austritt bei 71 (Pat. C).

Der minimale Wert bei Eintritt liegt bei 59 (Pat. F), bei Austritt bei 49 (Pat. E).

9.2 Überprüfung der Hypothesen

- a) Es sind unterschiedliche Behandlungsverläufe bei depressiven Störungen zu erwarten.

Es konnten unterschiedliche Behandlungsverläufe gefunden werden. Im Besonderen zeigte es sich dass bei einer leichten Symptomatik bei Therapiebeginn eine so umfangreiche Behandlung wie die der Tagesklinik für Affektkranke keinen bis einen geringen Effekt hat (Pat. F und H). Diese Beobachtung wird in der Verlaufsstudie weiter zu erhärten sein.

Weiter zeigte es sich, dass die Ergebnisse im HAQ bei Patienten mit Depression und zugrundeliegenden emotional-instabilen Zügen ein anderes Profil einnehmen. Es lassen sich hier also drei Behandlungsverläufe charakterisieren:

- Patienten mit positivem Behandlungsverlauf, welcher durch eine stabile (analoges Profil im HAQ) Patienten-Therapeuten-Beziehung, Abnahme der Belastung durch Symptome und Veränderung im IIP Richtung Normstichprobe erfasst werden kann (Fälle A, B, C, E).
- Patienten mit geringer Belastung durch Symptome, sowie geringen Auffälligkeiten auf der Strukturachse, profitieren kaum vom tagesklinischen Behandlungsangebot und weisen einen unzufriedenstellenden Behandlungsverlauf auf (Fall F und H).
- Patienten mit der Depression zugrundeliegenden emotional instabilen Zügen (Fall A und G) zeigen ein nicht-analoges Profil im HAQ. Der Behandlungsverlauf ist von stärkerem Wechsel zwischen Unzufriedenheit und Zufriedenheit gekennzeichnet. Die Handhabung dieser Wechsel könnte wesentlich für einen Behandlungserfolg sein.

- b) Als eine wesentliche Dimension der Symptomatik sind Auffälligkeiten auf der Beziehungsebene zu erwarten. Es ist anzunehmen, dass die Erkrankung in erheblichem Masse die Beziehungsgestaltung des Betroffenen einschränkt.

In den Ergebnissen des IIP konnte bei der Patientenmehrheit (Pat. A, B, C, E, H bei neun auswertbaren Fällen) ein Rückgang des problematischen interpersonellen Verhaltens und eine Tendenz zur Normstichprobe gezeigt werden. Weiter konnte eine Abnahme der Symptombelastung und eine mittlere Beziehungszufriedenheit gezeigt werden. Es ist also anzunehmen, dass der Rückgang der Erkrankung (Abnahme der Belastung durch Symptome) die Einschränkungen in der Beziehungsgestaltung der Betroffenen verringert.

- c) Die Art des Krankheits- und Behandlungsverlaufes ist von verschiedenen Punkten abhängig: Die Höhe des Strukturniveaus hat einen Einfluss auf den Behandlungserfolg. Dies gilt gleichermaßen für ausgeprägte Konflikte und dysfunktionale Beziehungsmuster.

Dafür lassen sich aufgrund der gefundenen Ergebnisse keine Anhaltspunkte finden. Patienten mit geringer Struktur (Pat. A) kamen zu einem guten Behandlungsergebnis, Patienten (Pat. E, H) mit mässiger Struktur zu einem unbefriedigenden. Weiter lässt die Vielzahl der vorhandenen Konflikte keine Annahmen zu. Es ist anzunehmen, dass bei der grösser geplanten Patientenpopulation der Verlaufsstudie eine Aussage möglich ist.

d) Es ist zu erwarten, dass bei ausgeprägten Konflikten und dysfunktionalen Beziehungsmustern eine Reaktivierung eben dieser zugrundeliegenden Konflikte während der Behandlung in der Tagesklinik im gruppentherapeutischen Setting erfolgt. Durch die Bearbeitung dieser Konflikte tritt eine deutliche Besserung des klinischen Zustandes der Patienten ein.

Es konnte in zwei Fällen (B/I) in der HSCS eine deutliche Veränderung Richtung Auflösung (Verarbeitung) der Konfliktfoki, sowie eine Abnahme der Symptombelastung gezeigt werden. Es ist anzunehmen, dass diese Bearbeitung aufgrund des gruppentherapeutischen Settings möglich war. Es zeigte sich weiter, dass in einem Fall (G) bei ähnlich hohem Erfolg in der Arbeit am Konfliktfokus, aber bei zugrundeliegenden emotional-instabilen Zügen, keine entsprechende Erleichterung im Bereich der Symptome beschrieben werden konnte.

In der weiteren Verlaufsstudie sollte diese Beobachtung auch hinsichtlich Patienten mit zugrundeliegenden emotional-instabilen Zügen überprüft werden.

e) Weiter sind Anhaltspunkte über den Zusammenhang therapeutische Beziehung und Therapieverlauf durch die Dokumentation der therapeutischen Beziehung mittels HAQ zu erwarten.

Aus den vorliegenden Ergebnissen zeigt sich, dass Behandlungserfolg mit analogen Einschätzungsprofilen von Patienten (B, C, E, J; ohne emotional instabile Persönlichkeitszüge) und Therapeut einhergehen.

Bei Patienten mit emotional instabilen Persönlichkeitszügen, zeigt sich ein schwankendes, nicht analoges Profil, welches keinen Einfluss auf den Behandlungserfolg hat (Fall A, G).

Bei Patienten (Fall D, F) ohne emotional instabile Persönlichkeitszüge und einem nicht analogen Profil ist der Behandlungserfolg unbefriedigend.

Die aufgeführten Hypothesen sollten nach den vorliegenden Ergebnissen zur weiteren Überprüfung in der Verlaufsstudie übernommen werden.

10 Beobachtungen und Erfahrungen

10.1 Durchführbarkeit OPD und HSCS als Qualitätssicherungsinstrumente

Eines der oben angeführten Anliegen (vgl. Abschnitt 3) dieser Arbeit ist es, zu überprüfen, in wieweit sich OPD und HSCS als Instrumente der Verlaufserfassung unter naturalistischen Arbeitsbedingungen eignen.

Es zeigte sich, dass die Durchführung der OPD und HSCS mit einigen Schwierigkeiten verbunden waren. Im Besonderen der beschränkte zeitliche Rahmen, der die tägliche Arbeit in der Tagesklinik für Affektkranke prägt, führte dazu, dass die Durchführung der für die OPD notwendigen Videoaufzeichnung, das darauffolgende Einzelrating und die anschließenden Konsensratings eine Herausforderung darstellte.

Dies stellt jedoch den einzigen Kritikpunkt an der Anwendung der OPD und HSCS dar. Lösungsansätze wurden angedacht. So stellt sich die Frage und wäre Gegenstand für eine eigenständige Untersuchung, ob es möglich ist, die therapeutischen Kontakte unabhängig von der Fallführung, wie die Eintrittsphase (welche einer Behandlung in der Tagesklinik für Affektkranke vorausgeht und Erstkontakt, sowie Indikationsgespräch und bei Bedarf Schnuppertag beinhaltet) und gruppentherapeutische Kontakte (Morgenrunde, Gruppentherapien) als Grundlage eines OPD-Ratings zu nutzen. Sinnvoll wäre eine vergleichende Studie mit je zwei Ratergruppen, eine "Therapeutengruppe" auf Basis der Informationen aus der Eintrittsphase und den verschiedenen

Gruppenangeboten der Tagesklinik, eine weitere “Untersuchergruppe”, die auf Grundlage von Interviews und Konsensratings arbeitet. Die Frage stellt sich, ob bei einer fachgerechten Schulung und regelmässigen Abstimmung der Rater die Interraterreliabilität gegeben ist. Darüberhinaus ob eine wesentliche Verzerrung der Ratings der Therapeutengruppe resultiert.

Wäre es möglich, OPD und HSCS-Ratings auf Basis der aus dem Therapieprozess generierten Informationen ohne Verzerrung zu erstellen, so würde die Anwendbarkeit von OPD und HSCS deutlich erhöht. Dies wäre zu erwarten, da sich im Besonderen im Erstkontakt eine Fülle von nonverbalen und szenischen Informationen ergeben, die in Kombination mit dem bereits bestehenden Anleitungen zum OPD-Interview (vgl. Arbeitskreis OPD, 2006) genügend Informationen liefern sollten.

Daneben zeigten sich positive Synergieeffekte des OPD-Ratings für die Gestaltung der teilstationären, interdisziplinären Zusammenarbeit. Im Sinne des Anspruches, dass die zugrundeliegende Forschung einen direkten Nutzen für die beteiligten Patienten/Probanden haben mussten, wurden die Ergebnisse der OPD-Ratings im wöchentlichen interdisziplinären Austausch kommuniziert. Es zeigte sich, dass dies den Austausch zwischen den beteiligten Therapeuten und Mitarbeitern der verschiedenen Bereiche (Ergo-, Bewegungs-, Musiktherapie, Sozialarbeit) erleichterte und in die Einführung einer standardisierten Fokussierung in der Therapiegestaltung des Teams führte.

Durch die Erfahrungen, die wir mit den Ergebnissen des OPD-Ratings im Team gemacht hatten, legten wir ein Fokusverfahren fest. Etwa drei bis vier Wochen nach Behandlungsbeginn werden in einem Standort von dem Behandlungsteam gemeinsam mit dem Patienten Ziele für die Therapie festgelegt. Daneben erarbeitet sich das Team einen gemeinsamen Fokus der als Bindeglied zwischen den verschiedenen Therapieräumen fungiert und somit die interdisziplinäre Arbeit erleichtert. Hier besonders hilfreich zeigte sich die Diskussion über den Beziehungsfokus, der Voraussetzungen zum Bindeglied des therapeutischen Austausches im interdisziplinären Team aufwies. Die Anwendung der Beziehungsfoki stellte auch für Kollegen ohne Vorwissen im Bereich OPD oder psychodynamische Schulung ein anwendbares Arbeitskonstrukt dar. Im Gegensatz dazu gestaltete sich der Austausch über die Foki im Bereich Struktur und Konflikt schwieriger und bedingten ein gewisses Mass an Vorwissen.

10.2 Der Fall D – Abbruch der therapeutischen Behandlung

Herr D. hat nach 13 Wochen die Therapie in der Tagesklinik abgebrochen. Dem Abbruch ging therapieschädigendes Verhalten und jegliche Interventionsversuche nach allen Regeln der psychotherapeutischen Kunst voraus. Dennoch kam es zum vorzeitigen Ende der Therapie.

Eine Rolle mag die im Beziehungsfokus erfasste Beziehungsdynamik spielen. Herr D. nimmt sich selbst als rücksichtsvoll wahr, während Andere ihn als entwertend, beschämend erleben. Gemeinsam ist im Erleben nur die daraus folgenden Distanz.

Zu dieser Beziehungsdynamik kamen noch eine niedrige Belastung durch Symptome, sowie ungünstige Bedingungen bei Therapiebeginn: nämlich die Abwesenheit des Therapeuten. Es ist anzunehmen, dass die Wechselwirkung dieser Faktoren zum Abbruch der Therapie beitrug.

Es ist zu hoffen, dass in der weiteren Verlaufsstudie mehr Wissen über die Dynamik von Therapieabbrüchen generiert werden kann.

10.3 Schmerzpatienten- die Fälle B und C

Bei den Patientinnen B und C handelte es sich in beiden Fällen um eine depressive Erkrankung mit massiver Schmerzsymptomatik.

Beide Patientinnen erlebten Traumatisierungen, beide verfügten über einen hohen Grad an Durchhaltevermögen, Differenziertheit und Bildung.

Sie unterschieden sich jedoch in einem wesentlichen Punkt. Frau B zeigte sich zurückhaltend, introvertiert, konnte sich zwar in der Einzeltherapie lebhaft äussern, tat dies aber in den Gruppen selten, um Anderen nicht Platz wegzunehmen. Es schien, dass sie Vieles nach Innen trug.

Frau C zeigte sich extrovertiert, äusserte sich viel und lebhaft, war dabei häufig derart grenzüberschreitend, dass sie nicht merkte, wie ihre Äusserungen in Intensität, Lautstärke und Länge für Andere zu viel wurden.

Beide zeigten eine mässige Integration im Bereich der Strukturachse. Als wichtiger Strukturfokus wurde bei Frau B die Kommunikation nach Innen gesehen, bei Frau C die Regulierung des Objektbezuges.

Es stellt sich nun die Frage, verhindert langzeitiges Schmerzerleben in Kombination mit introvertierten Persönlichkeitszügen die Kommunikation auch Innen, indem durch das hohe Schmerzerleben Diffusität ausgelöst wird?

Sind Schmerzen ertragbarer wenn sie in Kombination mit extrovertierten Verhaltensweisen auftreten?

Immerhin konnte Frau C trotz beständig hohen Schmerzen häufiger an Unternehmungen als Frau B teilnehmen. Es ist zu hoffen, dass die Verlaufsstudie darüber mehr Aufschluss geben kann.

10.4 Die Fälle A und G- Die Rolle der Tagesklinik im Bereich Differentialdiagnostik

Die Patientinnen A und G kamen beide nach mehrwöchigen stationären Aufenthalten zur Anschlussbehandlung in die Tagesklinik. Bei Frau A lag der Verdacht auf emotional instabile Persönlichkeitszüge vor, bei Frau G waren keinerlei akzentuierte Persönlichkeitszüge oder eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

Im Verlauf der Behandlung in der Tagesklinik zeigte es sich bereits am Beginn, dass beide Patientinnen an emotional instabilen Persönlichkeitszügen litten.

Die Patienten bewegen sich in der Tagesklinik fünf Tage pro Woche in verschiedenen therapeutischen Gruppen, aber immer in derselben Patientengruppe. Dazu kommt der tägliche Wechsel zwischen Alltag und therapeutischem Raum. Diese Kombination aus Wechsel und Beständigkeit fördert die Auseinandersetzung zwischen den einzelnen Teilnehmern.

Die Annahme hinter diesem Konzept ist, dass in Gruppen, dysfunktionale Verhaltensweisen sichtbar und in einem geschützten Raum, wie in der Tagesklinik, änderbar werden. Die Gruppentherapien in der Tagesklinik werden zum Übungsraum, in dem umgesetzt und versucht werden kann, was in den Psychotherapien erarbeitet wird.

Umgekehrt werden Persönlichkeitsstörungen schnell sichtbar. Denn das beschriebene Setting fordert ein hohes Mass an sozialer Kompetenz. Anhand der Verhaltensweisen gegenüber den Mitpatienten lässt sich häufig der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung erhärten und dann im diagnostischen Interview bestätigen. Häufig handelt es sich hierbei um Patienten, die ambulant oder stationär vorbehandelt wurden. Dies lässt die Annahme zu, dass das Setting der Tagesklinik, da es weniger supportiv ist als ein stationäres Setting und mehr soziale Fertigkeiten als das Setting einer ambulanten Psychotherapie verlangt, sich zur Differentialdiagnostik von Persönlichkeitsstörungen eignet.

Bei beiden Patientinnen konnte der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung erhärtet werden.

10.5 Der Fall H- ein Ekel oder ein Fall von Persönlichkeitsstörung?

Herr H kam mit geringer Symptombelastung und auffälligen Verhaltensweisen in die Tagesklinik. Schnell wurde im Team über eine mögliche Persönlichkeitsstörung diskutiert. Der IIP zeigte hohes interpersonell problematisches Verhalten, die Befunde aus dem OPD wiesen jedoch eine mässige bis gute Integration der Struktur auf.

Nach seinen Schilderungen verhielt sich der Patient provokant-egozentrisch seit seinen frühen zwanziger Jahren. Im Interview schilderte er, dass ihn seine Familie liebe und er gemerkt habe, dass er so (mit dieser Verhaltensweise) seinen Bedürfnissen leichter nachkommen könne. Er bekomme so leichter das, was er wolle.

Herr H. konnte die Auswirkungen seines Verhaltens vorhersehen und verstand auch, was dieses in Anderen auslösen musste. Trotzdem entschied er sich (so schien es), für diese Verhaltensweisen.

Handelt es sich bei Herrn H also um einen Patienten mit narzissitischer Persönlichkeitsstörung oder nur um einen Fall von einem Ekel?

Herr H zeigte keine Erhöhung seiner selbst oder Grandiositätsgefühle. Er benutzte Andere nicht zur Stabilisierung eines erhöhter Selbstphantasien. Er benutzte sie, um nicht selbst aktiv werden zu müssen. Dabei verfügte er jedoch über Empathie und verlangte in der Patientengruppe nicht nach bevorzugter Behandlung. Er schien zufrieden, fühlte sich nicht isoliert. Sein Anliegen an die Tagesklinik war es, uneingeschränkte Unterstützung für die berufliche Wiedereingliederung zu erhalten. Seine narzisstischen Züge waren auch aufgrund einer, der tagesklinischen Behandlung vorausgegangenen und als sehr narzisstisch-kränkend erlebten körperlichen Erkrankung, zu erklären.

Insgesamt liegt der Schluss nahe, dass es sich bei Herrn H um einen Menschen handelte, der über eine gesunde Persönlichkeit verfügt und sich gegenüber anderen eklig verhält.

Interessanterweise war die Diskussion im Team darüber sehr schwierig und der Verweis auf eine mögliche Persönlichkeitsstörung wurde immer wieder in die Diskussion eingebracht.

11 Zusammenfassung und Ausblick

Ziel dieser Arbeit war es, mittels empirischer Methodik teilstationäre Behandlungsverläufe unter Berücksichtigung der psychodynamischen Dimension auf Ansätze für eine mögliche Typisierung zu untersuchen.

Es wurden Arbeitshypothesen formuliert, die überprüft wurden und dabei konnte gezeigt werden, dass durch die eingesetzten Testverfahren, im Besonderen auch durch Berücksichtigung der psychodynamischen Ebene im Rahmen der OPD, eine Typisierung der im teilstationären und interdisziplinären Setting behandelten Patientengruppe möglich ist.

Zunächst konnte die Hypothese, welche die Erwartung unterschiedlicher Behandlungsverläufe bei depressiven Störungen formulierte, erhärtet werden.

Es wurden drei Subtypen des Behandlungsverlaufes gefunden:

- Patienten, mit positivem Behandlungsverlauf, welcher durch eine stabile Patienten-Therapeuten-Beziehung, Abnahme der Symptombelastung und Verringerung der interpersonellen Probleme erfasst werden konnte.
- Patienten mit geringer Belastung durch Symptome, sowie geringer Auffälligkeit auf der Strukturachse. Diese Gruppe profitiert nicht vom tagesklinischen Behandlungsangebot und weist einen ungünstigen Behandlungsverlauf auf.
- Patienten mit der Depression zugrundeliegenden, emotional instabilen Zügen zeigen ein nicht-analoges Profil im HAQ. Der Behandlungsverlauf ist von stärkerem Wechsel zwischen Unzufriedenheit und Zufriedenheit gekennzeichnet. Die Berücksichtigung der Wechselhaftigkeit in der Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung wird als wesentliche therapeutische Aufgabe angenommen.

Weiter konnten Anhaltspunkte für den Zusammenhang von Symptomatik und Auffälligkeiten auf der Beziehungsebene gezeigt werden. Bei einer Mehrzahl der untersuchten Patienten verringerte sich das problematische interpersonelle Verhalten sowie die Belastung durch Symptome.

Darüber hinaus wurden Hinweise für den Zusammenhang von ausgeprägten Konflikten und dysfunktionalen Beziehungsmustern und der Reaktivierung eben dieser zugrundeliegenden Konflikte während der Behandlung in der Tagesklinik im gruppentherapeutischen Setting sowie für den Zusammenhang von therapeutischer Beziehung und Therapieverlauf gefunden.

Die Grenzen dieser Arbeit liegen in der Stichprobengrösse. So konnte über den Zusammenhang von Krankheits- und Behandlungsverlauf und Höhe des Strukturniveaus, Ausprägung der Konflikte und dysfunktionale Beziehungsmuster keine Aussage gemacht werden.

Jedoch konnten durch das qualitative Vorgehen, neue Perspektiven eröffnet werden: Beobachtungen zu den Auswirkungen von Schmerzen in Kombination mit introvertierten bzw. extrovertierten Verhaltensweisen, der Dynamik des Therapieabbruchs, der Handhabung der Persönlichkeitsstörungsdiagnosen und der Bedeutung eines teilstationären, interdisziplinären Settings für die Differentialdiagnostik wurden aufgezeigt.

Typisierung von Depression aus der Perspektive des Behandlungsverlaufes ist ein neuer Ansatz und verspricht bei weiterer Überprüfung Erkenntnisgewinne für die therapeutische Arbeit und eine Spezifizierung der psychotherapeutischen Techniken.

Der Ausblick auf empirische Überprüfung dieser Ergebnisse im Rahmen der weiteren Verlaufsstudie verspricht relevante Resultate. Dabei können aufgrund der grösseren Stichprobe, inferenzstatistische Verfahren angewendet werden, die eine Prüfung auf Signifikanz ermöglichen.

12 Literatur

- Agarwalla P., Küchenhoff, J. (2004): Teilstationäre Psychotherapie. Ergebnisse, Katamnese, Einflussfaktoren. *Psychotherapeut* 49, 261–271.
- Alexander, L. B. & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales, In: L. S. Grennberg & W. Pinsof (Eds.). *In the psychotherapeutic process: a research handbook* (pp. 325-366). New York: Guilford.
- Arbeitskreis OPD (Hg.). (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern Hans Huber Verlag.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1996): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). 3. Auflage 2001, Bern, Hans Huber Verlag.
- Bakish, D. (1999). The patient with comorbid depression and anxiety: the unmet need. *J Clin Psychiatry* 60 Suppl 6: 20-4.
- Ballenger, J.C. (1999). Clinical guidelines for establishing remission in patients with depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*, 60 Suppl 22: 29-34.
- Bassler M., Potratz B., Krauthauser H. (1995): Der „Helping Alliance Questionnaire“ von Luborsky. *Psychotherapeut* 40, 23-32.
- Baumann, U. (1976). Methodische Untersuchungen zur Hamilton-Depression-Skala. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 222, 359-375.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Pr.
- Beck, A.T., Steer R.A. (1990): *Beck Depression Inventar (BDI)*. Deutsche Ausgabe, Bern: Hans Huber Verlag.
- Becker, P., Mohr, A. (2005). Psychometrische Argumente für die Verwendung untransformierter Skalenwerte im Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34, 3, 205-214.
- Berrios G.E., Bulbena-Villarasa A. (1990): The Hamilton depression scale and the numerical description of the symptoms of depression. In: Bech P., Coppen A. (eds.). *The Hamilton scales*. Psychopharmacology Series 9. Berlin: Springer.
- Bijl, R.V., Ravelli, A., van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33 (12): 587-95.
- Böker, H., Hell, D. (Hrsg.) (2002). *Therapie der affektiven Störungen*. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Böker, H. (1999) Selbstbild und Objektbeziehungen bei Depressionen: Untersuchungen mit der Repertory Grid-Technik und dem Gießen-Test an 139 PatientInnen mit depressiven Erkrankungen. 329 pp., Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie. Steinkopff-Springer: Darmstadt

Böker, H. (Hrsg.). (2005). Psychoanalyse und Psychiatrie: Geschichte, Krankheitsmodelle und Therapiepraxis. Berlin: Springer.

Böker, H., Himmighoffen, H., Straub, M., Schopper, C., Endrass, J., Kuechenhoff, B., Weber, S., Hell, D. (2008). Deliberate self-harm in female patients with affective disorders: Investigation of personality structure and affect regulation by means of Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD). J Nerv Ment Dis 196, 743-751.

Böker, H., Hell, D., Teichman D. (Hrsg.). (2009). Teilstationäre Behandlungen von Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen. Stuttgart: Schattauer.

Clark, D.A., Beck, A.T., Alford, B.A. (1999). Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. New York: Wiley.

Clarkin, J.F., Martius, P., Dammann, G., Smole, S., Buchheim, P. (1998). IPO – „Inventory of Personality Organization“: Ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Persönlichkeitsorganisation. Persönlichkeitsstörungen, 2: 169-172.

Collegium Internationale Psychiatriae Sclerum (1996). Skalen für die Psychiatrie (3. Aufl.). Weinheim: Beltz Test.

Davidson, J.R., Meltzer-Brody, S.E. (1999). The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? J Clin Psychiatry 60 (Suppl 7): 4-9.

de Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Kühner, C., Schramm, E. (2007). Evidenzbasierte Leitlinien zur Psychotherapie Affektiver Störungen. Göttingen: Hogrefe.

Derogatis, L.R. (1986). SCL-90-R. Self-Report Symptom Inventory. In Collegium Internationale Psychiatriae Sclerum (Hrsg.), Internationale Skalen der Psychiatrie (S. SCL-90-R). Weinheim: Beltz.

Derogatis, L.R. (1992). SCL-90-R, Administration, Scoring & Procedures Manual-II for the R(evised) Version and other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. Townson: Clinical Psychometric Research, Inc.

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. (2009). S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression-Langfassung, 1.Auflage. Berlin, Düsseldorf: Internet (13.12.2010) www.dgppn.de, www.versorgungsleitlinien.de, www.awmf-leitlinien.de. (*Organisationen, die in der Leitliniengruppe kooperierten: DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW, BDK, BDP, BPM, BVDN, BVDP, BVVP, CPKA, DÄVT, DFT, DGGPP, DGPT, DGVT, DPG, DPV, DPtV, DVT, Deutscher Hausärzterverband, GwG, KND)

Dreher, C. (2006): Persönlichkeitsstrukturelle und symptombezogene Veränderungen während der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie im stationären Behandlungssetting. Eine naturalistische Verlaufsuntersuchung in Littenheid – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Dissertation, Universität Basel: Zentralstelle.

Ebmeier, K.P., Donaghey, C., Steele, J.D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. Lancet, 367 (9505): 153-67.

Franke, G. H. (2002). SCL-90-R. Die Symptom_Checkliste von Derogatis- Deutsche Version - Manual (2., rev. u. erw. Aufl.). Göttingen: Beltz Test GmbH.

Ferrier, I.N. (1999). Treatment of major depression: is improvement enough? J Clin Psychiatry: 60 Suppl 6: 10-4.

Fiedler, P. (1994): Persönlichkeitsstörungen. 3. Aktualisierte Auflage (1997). Weinheim: Psychologie

Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., Jakobsen, T. (2001). Therapeutische Veränderungen jenseits der Symptomatik. Wirkungen stationärer Psychotherapie im Licht der Heidelberger Umstrukturierungsskala. Z. Psychosom. Med. Psychother., 47, 213–233.

Hamilton, M. (1976). HAMA - Hamilton Anxiety Scale. In W. Guy (Ed.), Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, Maryland: NIMH-ECDEU.

Hamilton, M. (1986): The Hamilton rating scale for depression (HAMD). In: Sartorius N., Ban T.A. (eds): Assessment of depression. Berlin, Heidelberg, New York: Springer: 143-152.

Hampe, M. & Lotter, M.-S. (Hrsg.). (2000). Die Erfahrungen, die wir machen, sprechen gegen die Erfahrungen, die wir haben". Über Formen der Erfahrung in den Wissenschaften. Berlin: Duncker & Humblot.

Hasin, D.S., Goodwin, R.D., Stinson, F.S., Grant, B.F. 2005. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 62(10):1097-106.

Haug, H-J., Ahrens, B. (2002). Affektive Störungen. In Freyberger, H., J., Schneider, W., Stieglitz, R-D., Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin. Basel: Karger.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worrall, H., Keller, F. (2000). Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch (3.Aufl.). Bern: Huber.

Hautzinger, M. (2003). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien. Weinheim: Beltz.

Heuft, G., Jakobsen, T., Kriebel, R. (2005). Potenzial der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) für die Qualitätssicherung. Z. Psychosom. Med. Psychother., 51, 261-276.

Horowitz L.M., Strauß B., Kordy H. (2000). Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D). Handanweisung. 2. Auflage. Beltz-Test, Göttingen.

Jakobsen, T., Agarwalla, P., Knauss, C., Hunziker, H., Schneider, R., Küchenhoff, J. (2007). Eine komparative Kasuistik auf der Grundlage qualitativer Ergebnismessungen und qualitativer Prozessbeschreibungen als Beitrag zum Verständnis therapeutischer Prozesse. Psychotherapie und Sozialwissenschaft 9, 119-142.

Jakobsen, T., Mattanza, G. (2006). Hinweise auf günstige Therapieverläufe. In: Mattanza, G., Meier, I., Schlegel, M. (Hg.): Seele und Forschung. Ein Brückenschlag in der Psychotherapie, S. 143-165. Basel: Karger.

Karasu, T.B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: toward identifying therapeutic change agents. *Am J Psychiatry* 143 (6): 687-95.

Kaufman, J., Charney, D. (2000). Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety* 12 Suppl 1:69-76.

Keller, M.B., Gelenberg, A.J., Hirschfeld, R.M., Rush, A.J., Thase, M.E., Kocsis, J.H., Markowitz, J.C., Fawcett, J.A., Koran, L.M., Klein, D.N., Russell, J.M., Kornstein, S.G., McCullough, J.P., Davis, S.M., Harrison, W.M. (1998). The treatment of chronic depression, part 2: a double-blind, randomized trial of sertraline and imipramine. *J Clin Psychiatry* 59(11): 598-607.

Keller, M.B. (1999). The long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry*; 60 Suppl 17: 41-5.

Keller, M.B. (2003). Past, present, and future directions for defining optimal treatment outcome in depression: remission and beyond. *JAMA* 289 (23): 3152-60.

Kernberg, O.F. (1988). *Schwere Persönlichkeitsstörungen: Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*. Stuttgart: Klett Cotta.

Kernberg, O.F. (1995). Die Psychotherapeutische Behandlung von Borderline-Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 45: 73-82.

Kernberg, O.F. (1998). Die Bedeutung neuerer psychoanalytischer und psychodynamischer Konzepte für die Befunderhebung und Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. In: *OPD in der Praxis*. Schauenburg, H., Freyberger, H.J., Cierpka, M., Buchheim, P. (Hrsg.). Bern, Göttingen: Huber.

Kiesler, D.J. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychol Rev*, 90, 185- 214.

Klerman, G., Weissman, M. M., Rounsaville, B., Chevron, E. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York, Basic Books (Original Manual).

Küchenhoff, J. (Hrsg.) (1998). *Teilstationäre Psychotherapie. Theorie und Praxis*. Schattauer, Stuttgart.

Küchenhoff, J., Agarwalla, P. (2008). Eine empirische Langzeitstudie zur psychoanalytischen Psychotherapie. Informationsdienst Wissenschaft - idw - Pressemitteilung. Schweizerischer Nationalfonds SNF Presse- u. Informationsdienst, <http://idw-online.de/pages/de/news277164>

Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald.

Lecrubier, Y. (2002). How do you define remission? *Acta Psychiatr Scand Suppl* (415): 7-11.

Leuzinger-Bohleber, M. (2010). Psychoanalyse und Psychotherapieforschung. Ein unauflösbares Spannungsfeld in Zeiten des wissenschaftlichen Pluralismus? In: *Psychoanalyse im Dialog mit den Nachbarwissenschaften*. Böker, H. (Hrsg.). Giessen: Psychosozial-Verlag.

Leuzinger-Bohleber, M. et. al. (2010). Psychoanalytische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Langzeittherapien bei chronischer Depression: Die LAC Depressionsstudie. *Psyche- Z Psychoanal* 64, S. 782- 832.

Lewinsohn, P.M. (1974), A behavioral approach to depression. In: Friedman, R.J., Katz, M.M., (eds). *Innovative treatment methods of psychopathology* (p. 88-102). New York: Wiley.

McCullough, J.P. Jr. (2000). Treatment of Chronic Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. New York: Guilford.

McCullough, J.P.Jr. (2003). Treatment for chronic depression using Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). J Clin Psychol 59 (8): 833-46.

Mentzos, S. (1995). Depression und Manie; Psychodynamik und Psychotherapie affektiver Störungen. Zürich: Vandenhoeck & Rupprecht.

Murray, C.J., Lopez, A.D. (1996). The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard Univ. Pr.

Paykel, E.S. (2002). Achieving gains beyond response. Acta Psychiatr Scand Suppl 415: 12-7.

Pincus, H.A., Zarin, D.A., Tanielian, T.L., Johnson, J.L., West, J.C., Pettit, A.R., Marcus, S.C., Kessler, R.C., McIntyre, J.S. (1999). Psychiatric patients and treatments in 1997: findings from the American Psychiatric Practice Research Network. Arch Gen Psychiatry 56(5):441-9.

Regier, D.A., Rae, D.S., Narrow, W.E., Kaelber, C.T., Schatzberg, A.F. (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. Br J Psychiatry Suppl 1(34): 24-8.

Richter, P. (1991). Zur Konstruktvalidität des Beck-Depressions-Inventars bei der Erfassung depressiver Verläufe. Regensburg: Roderer.

Rief, W., Greitemeyer, M., Fichter, M. (1991): Die Symptom Checklist SCL-90-R – Überprüfung an 900 psychosomatischen Patienten. Diagnostica 37: 58-65.

Robbins D.R., Alessi N.E., Colver M.V., Yanchyshyn G.W. (1985). Use of the Hamilton rating scale for depression and the Carroll self-rating scale in adolescents. Psychiatry Res 14: 123-129.

Roth, A., Fonagy, P. (1996). What Works for Whom: A Critical Review of Psychotherapy Research. New York: Guilford.

Rudolf G., Grande T. (2006). Fokusbezogene psychodynamische Psychotherapie. Ein OPD-basierter Leitfaden. Psychotherapeut, 51, 276-289.

Rudolf G., Grande T., Oberbracht C. (2000). Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskala. Psychotherapeut, 45, 237–246.

Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Oberbracht, C., Pauli-Magnus, C., Stehle, S., Wilke, S. (2001). Strukturelle Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen – Zur Praxisstudie analytischer Langzeittherapien (PAL). In: Stühr, U., Leuzinger-Bohleber, M., Beutel, M. (Hg.): Langzeitpsychotherapie – Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler, S. 238–259. Stuttgart: Kohlhammer.

Rudolph, R.L. (1999). Goal of antidepressant therapy: response or remission and recovery? J Clin Psychiatry 60 Suppl 6: 3-4.

Schauenburg H., Strack M. (1998): Die Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch und klinisch signifikanten Psychotherapieergebnissen. Psychother Psychosom Med Psychol 48, 257-264.

Schneider, G., Schmitz-Moorman, S., Bär, O. Driesch, G., Heuft, G. (2006): Psycho-dynamische Therapiefoki in einer stationären multimodalen Therapie – Zusammenhänge zu den Selbstauskunftsskalen und individuellen Therapiezielen. *Z Psychosom Med Psychother* 52, 259-273.

Schramm, E. (1998). *Interpersonelle Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.

Schramm, E. (2010). CBASP- Störungsorientierter Ansatz bei chronischer Depression. Lernen die Hilflosigkeit zu besiegen. *Neurologie und Psychiatrie*, Vol. 12, S. 36-43.

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman.

Skodol, A.E., Stout, R.L., McGlashan, T.H., Grilo, C.M., Gunderson, J.G., Shea, M.T., Morey, L.C., Zanarini, M.C., Dyck, I.R., Oldham, J.M. (1999) Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depress Anxiety* 10(4): 175-82.

Taylor, D. (2010). Das Tavistock-Manual der psychoanalytischen Psychotherapie- unter besondere Berücksichtigung der chronischen Depression. *Psyche- Z Psychoanal* 64, 833-861.

Thase, M.E. (1999). Redefining antidepressant efficacy toward long-term recovery. *J Clin Psychiatry* 60 Suppl 6: 15-9.

Thase, M.E. (2003). Effectiveness of antidepressants: comparative remission rates. *J Clin Psychiatry* 64 Suppl 2: 3-7.

Thase, M.E. (2003). Evaluating antidepressant therapies: remission as the optimal outcome. *J Clin Psychiatry* 64 Suppl 13: 18-25.

Thomä, H. & Kächele, H. (2008). *Psychoanalytische Therapie*, Bd. 3: Forschung. Heidelberg: Springer.

Weltgesundheitsorganisation. (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien*. Göttingen: Huber.

Zimmermann, M., McGlinchey, J.B., Posternak, M.A., Friedman, M., Attiullah, N., Boerescu, D. (2006). How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. *Am J Psychiatry* 163 (1): 148-50.

Anhang 1: Testlegende

OPD (vgl. Arbeitskreis OPD, 2006)

Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzung

Die Items können Werte von 0 (nicht/ kaum) bis 4 (sehr hoch) abbilden.

9 = nicht beurteilbar.

Beziehungsachse

Die Nummerierung gibt die Stelle des jeweiligen Items in der Auflistung aller 32 Verhaltensmöglichkeiten an.

Konfliktachse

7 Konflikte werden in ihrer Intensität auf einer Skala von 0 (nicht vorhanden) bis 3 (sehr bedeutsam) abgebildet.

9 = nicht beurteilbar.

Strukturachse

Diese bildet auf 8 Subskalen Werte von 1 (gute Integration) bis 4 (Desintegration) ab.

9 = nicht beurteilbar.

Die HSCS (vgl. Arbeitskreis OPD, 2006) umfasst eine Skala mit 7 Hauptstufen (1-7):

1. Nichtwahrnehmung des Fokusproblems
2. Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus
3. Vage Fokuswahrnehmung
4. Anerkennung und Erkundung des Fokus
5. Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich
6. Neustrukturierung im Fokusbereich
7. Auflösung des Fokus

Die Hauptstufen weisen 2 bis 3 Unterstufen auf, welche durch Plus oder Minus abgebildet werden und der Ziffer der entsprechenden Hauptstufe beigesetzt werden.

Der IIP (vgl. Horowitz et al., 2000) umfasst 8 Skalen. Ein niedriger (Stanine-)Wert bedeutet eine geringe Ausprägung, ein hoher Wert (max. 9) eine starke Ausprägung der erhobenen Verhaltensweise.

Die Skalen umfassen folgende Verhaltensweisen:

1. PA= autokratisch dominant; kontrollierend/ manipulierend;
2. BC = streitsüchtig, konkurrierend; misstrauisch;
3. DE = abweisend, kalt; Schwierigkeiten, Gefühle zu zeigen;
4. FG = introvertiert, sozial vermeidend; Angst und Scheu vor anderen Menschen;
5. HI = selbstunsicher, unterwürfig; Probleme, eigene Bedürfnisse zu zeigen, sich abgrenzen;
6. JK = ausnutzbar, nachgiebig; Angst, andere zu verletzen, zu leichtgläubig;
7. LM = fürsorglich, freundlich; andere zu sehr gefallen wollen, sich zu sehr von den Problemen anderer leiten lassen;
8. NO = expressiv, aufdringlich; vor anderen nichts geheim halten können, zu offen und zu gesprächig sein.

Werte 4, 5 und 6 belegen 54% der Normstichprobe;

Werte 3 sowie 7 belegen 24%;

Werte 8 sowie 2 belegen je 7%;

Werte 9 sowie 1 belegen je 4 %.

Der IPO (vgl. Clarkin et al., 1998) umfasst 5 Skalen. Hohe Werte auf jeder Skala weisen auf Pathologie hin. Die Skalen können folgende Maximalwerte abbilden:

- | | |
|------------------------|-----|
| 1. Primitive Abwehr | 80 |
| 2. Identitätsdiffusion | 105 |
| 3. Realitätsprüfung | 100 |
| 4. Aggression | 90 |
| 5. Moralische Werte | 55 |

BDI (vgl. Hautzinger et al., 2000)

- Werte von 18 oder darüber = klinisch signifikant
- Werte zwischen 11 und 17 = sind erhöht und weisen auf eine milde bis mässige Ausprägung depressiver Symptome
- Werte von 9 und darunter = Gesunde und Patienten in Remission

HAMD (vgl. Hamilton, 1986)

- Werte zwischen 24 und 30 = Depressionspatienten
- Werte unter 10 = nicht depressive Personen

HAMA (vgl. Hamilton, 1976)

- Werte zwischen 25 und 26 = Patienten mit einer generalisierten Angststörung vor Behandlungsbeginn
- Wert 10 = Patienten mit einer generalisierten Angststörung nach Behandlungsbeginn

SCL-90(-R) (vgl. Derogatis, 1992)

- Wert grösser oder gleich 63 = auffällige psychische Belastung

LEBENS LAUF

MARTINA TRAF OIER

PERSÖNLICHE INFORMATION

geboren 1977
in Meran/ Südtirol/ Italien

AUSBILDUNG

1983 - 1996 Besuch der Pflichtschule in Meran und Abschluss mit der Matura im Humanistischen Gymnasium „Beda Weber“, Meran /Italien

1999-2001 Studium der Psychologie an der Leopold-Franzens Universität Innsbruck/ Österreich und Abschluss mit Diplom I

2001-2004 Vertiefungsstudium der Psychologie an der Universität Zürich/Schweiz und Abschluss mit dem Lizentiat

Vertiefungsrichtung: Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse

I Nebenfach: Psychopathologie des Erwachsenenalters

II Nebenfach: Religionswissenschaften

WEITERBILDUNG

2005-2009 4jährige Weiterbildung in Psychoanalytischer Psychotherapie an der Universität Zürich im postgraduierten Masterstudiengang (Master of Advanced Studies of Psychoanalytic Psychotherapy)

Oktober 2010 Weiterbildung in DBT

Februar und März 2011 Weiterbildung in CBASP

BERUFSERFAHRUNG

2001 Praktikum in der Familienberatungsstelle Lilith/ Meran, Italien

2002-2003 Forschungspraktikum am Institut für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse der Universität Zürich, Schweiz

2003-2004 Praktikum im Ärztlichen Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Schweiz

2005 postgraduiertes Praktikum im Zentrum für Psychische Gesundheit der Sanitätseinheit West/ Sinich, Italien

2005 Berufsanerkennung in Italien, Eintrag ins Album der italienischen Psychologenkammer und Befähigung zur Tätigkeit in eigener Praxis

2005-2007 Tätigkeit in eigener Praxis in Naturns, Italien und in Überschneidung

ab 2006 Tätigkeit als Psychologin und Psychotherapeutin in der Tagesklinik für Affektkranke der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Schweiz